

BOUDCHAR Aziza
Promotion 2019-2022

L'annonce d'une amputation : le rôle infirmier



UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directeur de mémoire : Marie DELAHAIE

Date de rendu : Lundi 23 mai 2022

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de ses auteurs »

« De tous les maux qui affligent l'espèce humaine, il n'en est peut-être pas de plus grand que celui qui nous réduit à la triste nécessité de perdre un membre, afin de conserver la vie. »

Edward Alanson.

Remerciements

La réalisation de mon travail de fin d'études est l'aboutissement de mes 3 années de formations en institut de formation en soins infirmiers. Je tenais à remercier les différentes personnes qui m'ont permis de mener à bien cet écrit et qui m'ont soutenu tout le long de ma formation.

Tout d'abord, je remercie ma directrice de mémoire Madame Marie DELAHAIE, qui m'a accompagné et guidé tout le long de l'élaboration de ce travail et qui a su être disponible. Merci pour ses conseils et son accompagnement de qualité.

Je tiens à remercier les documentalistes de mon école qui ont su être disponible lorsque je les ai sollicités. Ainsi que tous les formateurs de l'IFSI qui ont su nous guider lors des cours magistraux et travaux dirigés.

Merci aux infirmières qui ont accepté de répondre à une interview. Leur expérience et leur réflexion m'ont permis de mener à bien mon enquête exploratoire. Également aux cadres de santé des services de chirurgie vasculaire et thoracique et de rééducation pour leur réactivité et leur accueil au sein de leur service.

Merci à mes amies et mes proches pour leur soutien. Merci à mes camarades de promotion pour ces 3 années passée à leurs côtés et plus particulièrement Salima, Sandrine et Sonia. Merci à Sylvie et sa fille Isaure, pour leur soutien. Les membres de la crèche La Mosaïque qui m'ont également soutenu.

Et pour finir, merci à ma famille qui ma soutenue durant ces 3 années de formations. Qui a su me motiver tout le long de ma formation. Merci pour leur présence, leur disponibilité, leur patience et leurs nombreuses attentions qui m'ont permis de mener à bien mes études d'infirmière dans les meilleures conditions possibles. Merci à ma maman, qui a toujours été soucieuse de mon bien-être lors de ma formation et de manière plus générale. Merci à mon Papa, parti trop tôt, qui m'a demandé de ne jamais abandonner mes études d'infirmière. Merci à Zakaria, mon mari, qui a su être patient à mes côtés et qui m'a soutenu tout le long. Merci à Sanae, ma sœur, mon modèle d'infirmière, qui m'a permis de rester accroché lors des moments difficiles. Merci à toute ma famille.

Merci à tous ceux que j'ai croisé durant ma formation et lors de mes stages.

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Situations d'appel	2
2.1	Description de la situation n°1	2
2.2	Description de la situation n°2.....	3
2.3	Questionnement	6
3.	Question de départ	8
4.	Cadre de référence	8
4.1	L'acceptation de l'annonce d'une amputation.....	8
4.2	L'amputation et la modification de l'image corporelle	13
4.3	La relation soignant-soigné.....	17
4.4	Synthèse du cadre de référence.....	20
5.	Enquête exploratoire.....	22
5.1	Outil utilisé	22
5.2	Population choisie.....	23
5.3	Lieu d'investigation	23
5.4	Guide de l'outil	24
5.5	Grille d'analyse.....	24
5.6	Analyse	24
5.6.1	Résumé des entretiens	24
5.6.2	Analyse thématique	32
5.7	Synthèse de l'enquête exploratoire	37
5.8	Limites de l'enquête.....	39
6.	Problématique.....	40
7.	Question de recherche	45
8.	Conclusion.....	45
9.	Bibliographie	47
	ANNEXES	50

1. Introduction

Le sujet que j'ai décidé de traiter dans mon travail de fin d'étude est l'acceptation de l'annonce d'une amputation et la modification de l'image corporelle en lien avec la relation soignant-soigné. Au cours de mon stage du semestre 4 dans un service de chirurgie, j'ai été confrontée à deux situations qui m'ont interpellées. Deux patients amputés à la suite d'une pathologie chronique. D'après l'article de Jean-Pierre Sauvanet, une estimation annuelle d'une amputation serait pratiquée auprès d'un million de personnes diabétiques. Cela représente un enjeu majeur de santé publique. Il semblerait que la relation soignant-soigné soit une clé dans la prise en charge du patient et notamment lors de l'annonce d'un diagnostic. Ce travail va me permettre d'approfondir ma réflexion à ce propos. L'intérêt sur le plan professionnel est de pouvoir analyser l'implication du soignant dans l'annonce d'un diagnostic qui engendre une modification de l'image corporelle. J'ai choisi de travailler sur ce sujet car les deux situations que j'ai rencontrées m'ont particulièrement touchées et je m'interroge sur le rôle du soignant dans ce type de prise en charge. L'intérêt de ce travail est de me questionner quant au positionnement que je dois adopter en tant qu'étudiante en soins infirmiers mais également lors de ma future prise de poste en tant qu'infirmière.

Je vais tout d'abord évoquer mes deux situations d'appels puis par la suite présenter mon questionnement. Puis je définirai mon cadre de référence. Je présenterai mon enquête exploratoire et les résultats obtenus suivi d'une analyse de celle-ci. Je terminerai mon travail de fin d'études par une problématique qui me mènera vers la question de recherche. Enfin je finirai par une conclusion.

2. Situations d'appel

2.1 Description de la situation n°1

La situation choisie se déroule lors du premier jour de mon stage du semestre 4 dans un service de chirurgie thoracique et vasculaire.

Ce service accueille 30 patients qui nécessitent une prise en charge sur le plan vasculaire (artériopathies des membres inférieurs, sténoses carotidiennes, anévrisme de l'aorte...) ou thoracique (pneumothorax, pleurésies, exérèse chirurgicale des cancers pulmonaires...). La situation concerne un patient qu'on nommera Monsieur T. Il est âgé de 63 ans et est hospitalisé pour une artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs (ACMO).

Ce patient diabétique est déjà connu du service pour ce même motif d'hospitalisation et a été amputé de la jambe droite un mois avant son retour dans le service. Par la suite, des troubles trophiques infectés apparaissent au niveau du membre inférieur gauche. Le patient est alors amputé de ce membre.

Lors du premier jour de stage, en matin, je suis en compagnie d'une infirmière qui me présente ses activités du jour sur notre secteur (rouge) : préparations des thérapeutiques, bilans sanguins, préparations de bloc, pansements...

En milieu de matinée, cette dernière me propose de l'accompagner pour effectuer la réfection d'un pansement auprès de Monsieur T. Un patient qui se trouve dans le secteur vert. Je l'accompagne sans savoir ce qui m'attend.

Accompagnée de son chariot à pansement, elle frappe à la porte de la chambre 16 et entre. Je la suis, je me présente auprès du patient. Je le découvre alité, le regard dans le vide qui répond un « *bonjour* » à peine audible. L'infirmière entame la discussion et demande au patient comment il va. Il répond que ça peut aller. L'infirmière alors soulève le drap du patient et je me rends compte qu'il s'agit de la réfection d'un pansement d'une amputation. L'infirmière défait le pansement. Le patient est algique, il avait été opéré il y a une semaine. Pour avoir une meilleure visibilité, elle soulève le draps entièrement et je découvre que le patient est également amputé de la jambe droite. N'ayant jamais vu une réfection de pansement d'une amputation, cela m'a impressionnée.

L'infirmière n'ayant pas tout le matériel dont elle a besoin, s'absente. Je reste donc seule avec le patient. Le regard dans le vide, le patient fixe le mur face à lui.

J'entame la discussion avec lui. Je lui demande comment ça va au niveau de la douleur. Il me répond qu'il a mal. Monsieur T semble désespéré. J'essaie de le rassurer en lui expliquant que ça ira de mieux en mieux désormais. Il me regarde et semble intrigué par mon approche.

En effet, j'essaie de le détendre en discutant avec lui. Je lui demande si la prise des antalgiques est efficace selon lui. Il me répond : «*Là, ça va. Mais avant, pendant et après, j'ai souffert. Pour moi, c'était le suicide.* » en parlant de la chirurgie qu'il a subie.

En entendant cela, je ne savais pas vraiment quoi répondre. Je suis face à une personne en souffrance physique et psychologique. J'essaie alors d'adopter un discours positif. Je lui dis que les jours qui suivront seront meilleurs. Et qu'il ira de mieux en mieux. Le patient semble ne plus croire en l'avenir. Le patient vit seul, il a une sœur qui pouvait lui rendre visite. En effet, Monsieur T ne s'alimentait plus.

Au vu du contexte sanitaire, les visites étaient interdites. Cependant, sa sœur a eu une autorisation afin de pouvoir l'encourager dans sa rémission. Malgré cela, le patient ne s'alimente toujours pas. J'ai eu l'occasion de revoir Monsieur T pour effectuer le contrôle de sa glycémie capillaire étant diabétique insulino-dépendant. À chaque entrée dans sa chambre, je prenais quelques minutes pour essayer de discuter avec lui. Je lui proposais de manger. Le patient m'explique alors «*je n'ai pas d'appétit, j'essaie mais je n'y arrive pas. Quand je serai chez moi je mangerai* ».

Je comprends alors que l'environnement dans lequel il se trouve impacte son moral et son appétit. Quelques jours plus tard, le patient est muté dans un centre de rééducation.

Le jour de sa mutation, je tiens à souhaiter à Monsieur T une bonne continuation. D'un geste de la main, il me dit au revoir et un petit sourire se dessine sur son visage.

2.2 Description de la situation n°2

La situation n°2 se déroule également lors de mon stage du semestre 4 dans un service de chirurgie thoracique et vasculaire. Elle concerne un patient qu'on nommera Monsieur M âgé de 44 ans. Monsieur M est hospitalisé le 03/06 pour artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs (ACOMI) à prédominance à gauche. Le patient est diabétique insulino-dépendant, il est initialement suivi en consultations externes dans le service de dermatologie pour des plaies aux talons depuis le mois d'avril.

L'évolution de ces plaies étant défavorables, des examens complémentaires ainsi qu'un avis d'un chirurgien vasculaire est demandé. Une ischémie des membres inférieurs est alors diagnostiquée.

Le 06/06, une artériographie diagnostique est effectuée. Elle met en évidence une thrombose poplitée gauche. Une prise en charge chirurgicale est organisée pour le lendemain afin de réaliser un pontage poplitéo-poplité à gauche ainsi qu'une nécrosectomie du talon gauche.

À J1 post-opératoire, à l'examen médical, les pouls distaux ne sont pas perçus. Le mollet est souple, indolore et la chaleur est conservée. Le redon mis en place n'a rien donné.

Le 13/06, J6 post-opératoire, l'évolution est défavorable avec une persistance des douleurs et une aggravation des lésions cutanées. Un doppler est effectué afin de visualiser le pontage effectué. Ce dernier est mal visualisé ce qui signifie la présence d'une thrombose.

Le même jour, j'effectue la réfection du pansement du talon de Monsieur M. Le patient est algique malgré les antalgiques administrés quelques heures avant.

Une fois le pansement ouvert, je téléphone au médecin afin qu'il puisse visualiser le talon. Le patient demande alors les résultats du doppler et souhaite en savoir plus concernant la plaie au niveau du talon gauche. Le médecin informe le patient du risque majeur d'amputation et repart. À ce moment-là, le patient regarde la télévision et me laisse terminer le soin sans dire un mot. Je ne sais pas quoi dire. Je termine la réfection du pansement et je réinstalle le patient.

Au fil des jours, le patient traverse plusieurs émotions : colère, incompréhension, tristesse. Le patient semble s'isoler. L'état de son talon semble s'aggraver.

Monsieur M., depuis l'intervention chirurgicale, n'arrive plus à poser son pied au sol. Un déambulateur lui est mis à disposition mais il refuse de l'utiliser.

Marié et père de deux enfants, ce dernier se veut rassurant auprès de sa famille et ne souhaite pas les inquiéter en gardant espoir. L'amputation étant le seul recours, le patient refuse et souhaite que les chirurgiens trouvent une autre solution.

Après diverses discussions entre le patient et les chirurgiens du service, une mutation dans une clinique est décidée. Le 15/06 le patient est transféré dans une clinique, afin de bénéficier d'une revascularisation. Le 18/06, de retour dans le service, Monsieur M est informé de l'échec de la tentative de revascularisation. Le patient se déplace en fauteuil roulant, il semble triste et reste le moins possible dans sa chambre. Étant fumeur, il en profite pour sortir et dit vouloir « *prendre l'air* ». Depuis le début de son hospitalisation, il est informé des facteurs de risques influant son état de santé qui sont le diabète et le tabac.

Le 21/06, lors de la visite médicale, je suis dans la chambre de Monsieur M et j'effectue de nouveau la réfection du pansement du talon gauche. Le médecin regarde le talon et s'apprête à sortir. Le patient questionne le médecin et lui demande ce qu'il en est. Le médecin informe alors que si l'os est atteint, l'amputation serait inévitable. Il dit : « *Si nous ne faisons rien, l'os deviendra comme du sucre mouillé* ». Le ton de la voix du médecin est brutal. Monsieur M est en colère et semble être dans l'incompréhension.

Le 22/06, l'annonce de l'amputation est faite auprès de ce dernier. Il souhaite voir une assistante sociale afin d'avoir des renseignements concernant son travail (manutentionnaire).

On informe le patient qu'il est nécessaire de procéder à l'intervention chirurgicale le plus tôt possible afin de limiter l'amputation. Celui-ci ne semble pas être prêt. Il souhaite en discuter avec son épouse et demande à consulter son dossier médical afin d'avoir un second avis auprès d'un autre médecin.

Après réflexion et au vu de la situation qui ne s'améliore pas, il se voit proposer une date pour l'intervention chirurgicale, le 28 juin, afin de se préparer psychologiquement.

Le 28/06, jour de l'intervention chirurgicale, Monsieur M. part au bloc opératoire à 13h30, au moment où je commence ma garde. Je ne l'ai pas croisé. À 18h, il remonte du bloc. Je me charge d'effectuer le retour de bloc avec l'infirmière. Nous entrons dans la chambre, sa femme est présente. Monsieur M est calme, il a le regard figé. Nous effectuons les surveillances post-opératoires puis nous sortons. 2 heures plus tard, je dois effectuer de nouveau les surveillances post-opératoires, Monsieur M. demande à manger, il a faim et soif. Il fixe la télévision et semble ne pas vouloir discuter. Il est autorisé à boire, son repas lui sera servi dans la soirée. Je lui souhaite une bonne soirée et je termine ma garde.

Le lendemain Monsieur M. est très algique. Nous lui administrons les antalgiques prescrits mais ces derniers ne sont pas efficaces. L'intervention du service de la douleur est demandée afin d'évaluer la douleur du patient et ainsi de la maîtriser.

Le 30/06 est mon dernier jour de stage. Monsieur M. souffre malgré l'administration des antalgiques. Avant de terminer ma garde, j'entre dans la chambre du patient et je l'informe que je termine mon stage. Ce dernier est surpris et me souhaite une bonne continuation dans la poursuite de mes études. Un sourire se dessine sur son visage. Je lui souhaite également un bon rétablissement et le remercie de m'avoir accordé son consentement lors des soins que j'ai pu lui administrer.

En ce qui concerne la suite de sa prise en charge, la priorité actuelle est la gestion de la douleur afin d'envisager par la suite une mutation dans un centre de rééducation.

En effet, un séjour en rééducation est indispensable dans la prise en charge du patient afin de pouvoir appréhender la vie d'une manière adaptée face à l'intervention chirurgicale qu'il a subie.

2.3 Questionnement

La situation n°1 m'a interpellée car pour moi c'était la première fois que j'assistais à la réfection d'un pansement d'une amputation. En effet, je n'étais pas préparée à cette situation. Dans la précipitation, je ne savais pas à quoi m'attendre en entrant dans cette chambre.

Découvrir le patient alité, amputé des deux membres inférieurs m'a perturbée. J'ai fait preuve de professionnalisme en ne montrant pas mes émotions.

Cependant, je n'étais pas insensible face à cette situation. Je me demande alors quelle posture une étudiante en soins infirmiers doit adopter dans la prise en charge d'un patient amputé.

De plus, après avoir entamé la discussion avec le patient, celui-ci me fait part d'un terme auquel je n'ai jamais fait face lors d'une prise en charge d'un patient, le suicide. À ce moment-là, j'ai essayé de le rassurer en lui disant que désormais il ira mieux. Je me demande quelle est l'importance de la communication. J'en viens à m'interroger sur la posture de l'étudiant dans une démarche d'acceptation d'une amputation chez un patient diabétique.

La situation n°2 m'a également interpellée car l'annonce d'une amputation est une annonce difficile à accepter pour le patient. Assister à ce type d'annonce n'est pas anodin. Au moment où je ne m'y attendais pas, je me suis retrouvée auprès du patient avec un médecin qui évoque la possibilité d'une amputation. Je me suis demandé comment pouvais-t-on procéder pour annoncer ce type de décision ? Au lit du patient au cours d'une visite médicale ou bien en organisant un entretien afin d'expliquer plus en détail la situation en permettant au patient de mieux comprendre et d'accepter la décision ?

En effet, l'annonce du diagnostic et de l'amputation est une étape difficile à surmonter pour le patient mais également pour les soignants. La position du soignant est également mise en jeu. Le soignant contribue à l'acceptation de l'amputation en apportant des éléments importants quant au devenir du patient. Le patient, face à cette annonce doit faire le deuil de sa vie antérieure, le deuil du membre. Cette décision change la vie d'une personne.

Dans le cas de Monsieur M, il est âgé de 44 ans et travaille en tant que manutentionnaire. Le deuil de sa vie passée signifie que sa situation personnelle et professionnelle va changer.

En ce qui concerne sa vie professionnelle, Monsieur M, ne pourra plus exercer son métier de manutentionnaire.

Une réorientation professionnelle sera envisageable. Cela bouscule les habitudes de vie, les rituels et la routine. Aller travailler quotidiennement est pour la plus part une routine, mais lorsqu'une personne traverse un moment de sa vie où il est « *freiné* » par la maladie, cela demande à cette personne de réévaluer sa vie, de se questionner quant à son avenir. Concernant sa vie personnelle, elle sera très fortement impactée par un chamboulement. Au quotidien, l'amputation provoque un changement radical des habitudes de vies.

Conduire, se déplacer, se promener... toutes ces activités se modifient et deviennent différentes.

Une rééducation sera nécessaire afin de parvenir à conserver le maximum de ses pratiques quotidiennes. L'annonce et la révélation du diagnostic aux proches sont également des étapes difficiles à surmonter. En effet, il s'agit de mettre des mots et de confirmer le diagnostic.

Monsieur M semblait être dans le déni. Il souhaitait qu'une autre solution soit envisagée avant d'annoncer quoi que ce soit à sa famille. Mais le patient se doit de passer par une phase de résilience afin d'avancer et de faire progresser son parcours de soins.

Annoncer un tel diagnostic auprès de sa famille est difficile, mais la famille est un soutien important pour le patient dans ce type de situation. L'amputation engendre une modification de l'image corporelle.

Le patient voit son corps se modifier, ce qui rend l'acceptation de la décision difficile. Il s'agit d'admettre la modification de l'image de soi afin de pouvoir avancer. Je me demande comment peut-on contribuer à l'acceptation d'une amputation et ce qu'elle induit : la modification de son aspect physique et l'acceptation de soi ?

Alité, j'ai l'impression que le patient qui a subi une amputation peut s'inquiéter du regard des autres en ce qui concerne son image corporelle.

Dans le cas de Monsieur M, lors de son retour du bloc, nous constatons que le patient fuit du regard et qui semble être démuni face à ce qu'il lui arrive.

En ce qui concerne mon positionnement d'étudiante, je me suis sentie gênée lors de son arrivée dans le service. En effet, à travers les draps j'aperçois l'amputation du membre inférieur gauche. Cela m'interpelle et je ne sais pas quoi dire face au patient qui semble être démuni et perdu.

Je me demande alors comment le patient se sent lors de cette situation où l'infirmière et moi-même arrivons pour effectuer les surveillances post-opératoires et donc découvrir l'amputation. Notre attitude face à cela joue un rôle dans l'acceptation de l'amputation, car j'estime que le soignant se doit d'être rassurant et ainsi contribuer au processus d'acceptation auprès du patient. Je me questionne quant à la posture soignante que nous devons adopter afin de permettre au patient d'accepter l'amputation.

3. Question de départ

Pour ce travail, la question de départ sera :

« En quoi la relation soignant-soigné contribue au processus d'acceptation de l'annonce d'une amputation et de la modification de l'image corporelle du patient ? »

4. Cadre de référence

4.1 L'acceptation de l'annonce d'une amputation

L'annonce d'une maladie est une étape primordiale afin d'établir un projet de soin. Tant pour la prise en charge du patient que pour le patient lui-même. En effet, une annonce représente un chamboulement dans le quotidien du patient. Il s'agit là d'une étape qui peut changer la vie de ce dernier. Comme le dit le Dr Isabelle Moley-Massol, médecin, psycho-oncologue et psychanalyste « *Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet.* » (Moley-Massol, 2004, p. 16).

L'auteure décrit deux types d'informations. « *Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires.* » et « *Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence* ». (Moley-Massol, 2004, p. 18). En effet, selon la manière dont le diagnostic est annoncé, la réaction du patient sera différente. La façon dont le médecin informera le patient de ce qu'il lui arrive permettra ou pas au patient d'accepter son destin. Le patient peut se sentir soutenu à travers un discours bienveillant et empathique. À contrario, il peut se sentir seul et isolé face à une annonce brutale et inattendu.

L'empathie est selon le Dictionnaire Le Robert, la « *Capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent.* ».

Edith Simon dans son livre « Les concepts en sciences infirmières » cite Mucchielli, qui définit l'empathie comme « *un acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre* » (2012).

Selon Peggy Tessier, docteure en philosophie, dans son ouvrage « *Le corps accidenté. Bouleversement identitaires et reconstruction de soi* », l'annonce du handicap est une phase décisive qui est nécessaire pour commencer une reconstruction de soi. C'est-à-dire une adaptation physique et psychologique au contexte. C'est la manière dont l'annonce va être réalisée qui va influencer le patient de manière positive ou négative. Cependant, d'après l'auteure, l'annonce est difficile pour les médecins. Mais elle va permettre de « *contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social* » (2015, p. 235).

Ce sens donné à cette annonce par le patient va lui permettre d'entamer une reconstruction de son identité et d'effectuer le deuil du membre amputé.

Selon Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre, et David Kessler, médecin, dans leur ouvrage intitulé « *Sur le chagrin et le deuil* », le deuil se constitue de 5 phases : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Après un traumatisme, un choc ou une perte, le deuil se fait de manière individualisé. Chaque individu se verra confronté aux différentes étapes citées plus haut sur une période plus ou moins longue. Le déni est une forme de mécanisme de protection qui permet au patient de se réfugier et de ne pas faire face à la réalité. Puis survient une phase dite de révolte, de colère. L'individu se met à réaliser ce qu'il se passe et ainsi l'exprime par une colère, une incompréhension. Par la suite, il se met à négocier et discuter : c'est la phase du marchandage. L'individu tente de trouver des solutions et de repousser la réalité. Selon les auteurs, « *La culpabilité va souvent de pair avec le marchandage* » (2011, p. 37). Les sentiments du patient sont divers et variés, la phase de la tristesse et de la dépression apparaît. Le patient à ce moment-là réalise et prend conscience que le diagnostic est posé. Un retour brutal à la réalité. Il n'y a pas de retour en arrière. La dernière phase du deuil est celle de l'acceptation. « *Accepter n'est pas voir la situation sous un angle positif. C'est se résigner à la perte et apprendre à vivre avec elle.* » (2011, p. 48). N'ayant pas d'autres issues, l'individu accepte son destin et la communication s'installe.

Les étapes du deuil sont plus ou moins importantes selon l'individu. Ces étapes constituent une épreuve pour le patient mais néanmoins lui permettent de pouvoir se reconstruire.

Dans l'article intitulé « *La profession infirmière face à l'annonce en oncologie : place et enjeux de la dimension psychologique* » de N. Jeannin, C. Pelletti et Dany L, les auteurs décrivent un dispositif d'annonce. « *La rencontre avec la maladie grave, et notamment avec le cancer, passe invariablement par l'annonce du diagnostic.* » (2012).

En effet, les auteurs prennent l'exemple du dispositif d'annonce en oncologie qui peut être transférable sur l'annonce d'une amputation. D'après eux, ce dispositif d'annonce comprend deux temps. « *Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.* » (2012). Ce temps dédié aux soignants est un temps où l'infirmier, notamment, peut reformuler avec le patient, réexpliquer ce qui a été dit lors de l'annonce médicale. Ce temps permet également d'informer le patient sur sa prise en charge.

Cependant, le temps d'accompagnement soignant peut être réduit dans le cadre de l'amputation. En effet, afin d'éviter une dégradation rapide et importante de la jambe, dans le cas de situation d'appel numéro 2, le patient s'est vu annoncer le diagnostic d'amputation rapidement après une tentative de revascularisation qui a échoué. Le temps d'accompagnement soignant est alors raccourci au vu de l'urgence de la situation afin de pouvoir amputer le plus bas possible.

Les auteurs ont mené une étude auprès d'une douzaine d'infirmiers afin d'évaluer la pertinence de ce dispositif d'annonce, et plus précisément, la pertinence du temps d'accompagnement soignant.

Il ressort de cette étude une hypothèse : « *Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation.* » (2012). Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « *dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ.* » (2012). Cela suppose qu'une formation spécifique serait nécessaire afin de prendre en charge le patient dans son intégralité.

Dans l'article « *L'annonce du diagnostic d'amputation* » de Florian Nicolas, interne en psychiatrie, Aline Delahaye, psychologue clinicienne, Hugues Lefort, médecin urgentiste et Patrick Clervoy, chef de service, ils évoquent la notion « *d'art difficile* » (2015) qu'est l'annonce d'un diagnostic.

D'autant plus qu'une amputation induit une modification de l'aspect corporel. Ce diagnostic est un évènement au « *potentiel traumatique* » (2015). C'est pourquoi une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable. Notamment en instaurant une prise en charge psychologique. Comme le disent les auteurs dans cet article, les patients « *nécessitent un travail de réaménagement psychique* » (2015). Le psychologue ou le psychiatre intervient pour accompagner le patient après l'annonce du diagnostic d'amputation qui est identifié comme un « *après-coup* » (2015). Les auteurs font également référence à l'information donnée au patient en ce qui concerne les soins qui lui seront dispensés. Les auteurs associent l'annonce à l'information des soins qui seront dispensés auprès du patient comme étant « *indissociables* » (2015). D'après eux, il peut donc y avoir au sein des équipes soignantes « *un référent annonce* » (2015).

De ce fait, ce référent annonce serait la ressource permettant notamment d'informer le patient. Les auteurs évoquent également le soutien des psychologues en cas de difficultés rencontrées. Un psychiatre peut intervenir et apporter une aide médicamenteuse au patient si nécessaire. Les auteurs font référence à « *réajustement psychique et corporel* » (2015).

Selon eux, l'annonce d'une amputation doit être amenée au patient de manière progressive afin que ce dernier puisse comprendre et intégrer l'information.

Effectivement, l'annonce peut avoir un impact psychologique, ajouté à cela une prise en charge nécessitant une médication importante, qui peut alors altérer la conscience et la vigilance du patient, le rendant inapte à retenir ou à comprendre ce qui lui est dit. C'est pour cela qu'il est important de reformuler avec le patient ce qu'il a compris et intégré, autant de fois que nécessaire.

Les auteurs de l'article « *L'annonce du diagnostic d'amputation* » de Florian Nicolas, Aline Delahaye, Hugues Lefort, et Patrick Clervoy, évoquent également la notion de deuil en ce qui concerne l'amputation. En effet, ils disent qu'il est important d'accompagner le patient dans ces différentes étapes du deuil jusqu'à l'acceptation. Ils évoquent également l'intervention d'une équipe psychologique qui peut être une aide dans la prise en charge d'un patient amputé aux côtés de l'équipe soignante. Cela résulte d'une prise en charge pluridisciplinaire qui serait adaptée au besoin du patient.

Selon Michela Marzano, professeur de philosophie, dans son livre intitulé « *Dictionnaire du corps* », les amputations liées à une cause médicale, sont « *très souvent empreintes d'un sentiment d'échec* » (2007, p. 62).

Selon elle, l'amputation est l'aboutissement d'un long parcours accompagné de souffrances qui ne peuvent être atténuées que par des traitements médicamenteux, et dont la progression ne peut être freinée que par l'amputation.

Jean-Pierre Sauvanet, médecin endocrinologue-diabétologue, explique dans son article « *Le pied diabétique : conséquences économiques et sociétales* », que le pied diabétique est un enjeu majeur en termes de santé publique. En effet, d'après lui, chaque année, une amputation est réalisée auprès d'un million de diabétiques. Le pied diabétique se définit par « *une ulcération ou une destruction du tissu du pied, infecté ou non, due à la neuropathie périphérique.* » (2014) selon Diabète Québec. De ce fait, la neuropathie périphérique est également définie par Diabète Québec comme étant « *une perte de sensibilité des pieds due à une atteinte des nerfs, une diminution de l'hydratation naturelle du pied engendrant sécheresse, fissures et callosités, des déformations osseuses du pied résultant en l'apparition de points de pression.* » (2014).

Cela mène le patient vers l'amputation. Sylvaine Clavel, diabétologue-endocrinologue dans son article « *L'amputation des pieds diabétiques est-elle inévitable ?* » indique que 75% des amputations de pieds diabétiques sont atteints de neuropathies. Jean-Pierre Sauvanet, dans son article, met en lumière l'intérêt de la prévention chez les patients diabétiques.

L'amputation entraîne un retentissement économique car la prise en charge d'un patient amputé est coûteuse. Mais également un retentissement sociétale de par l'impact psychologique induit au patient.

L'amputation induit un impact sur la vie quotidienne du patient. Cela altère la qualité de vie de ce dernier.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité de vie comme étant « *La perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* » (OMS, 1993).

Jean-Pierre Sauvanet décrit des difficultés chez le patient à se percevoir et à accepter son atteinte physique qui mène à l'amputation. D'après lui, il y a des répercussions au niveau social et relationnel. Le patient diabétique se voyant amputé est susceptible de ne plus pouvoir appréhender sa vie sociale et familiale. Ces difficultés apparaissent de par la modification corporelle que suppose l'amputation. Ce qui entraîne donc une diminution de la qualité de vie.

4.2 L'amputation et la modification de l'image corporelle

« *L'image du corps ne doit pas être confondue avec le schéma corporel, spécifique de l'individu en tant que caractéristique de l'espèce. Le schéma corporel est en principe, et en l'absence de pathologie, le même pour tous, en fonction de chaque âge. Il appartient au champ neurologique alors que l'image du corps est une notion psychologique.* » (Moley-Massol, 2004, p. 27).

L'altération de l'image de soi mène le patient à s'interroger sur son devenir, sur son amour propre et l'amour qui peut lui être apporté. Une perte de repère est observée et elle demande au patient de devoir apprendre à vivre avec sa nouvelle apparence physique.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'amputation se définit comme étant une « *Opération qui consiste à séparer du corps une partie ou la totalité d'un membre.* » (2012).

L'amputation entraîne un traumatisme physique mais également psychique. L'individu doit s'adapter et s'habituer à une nouvelle image de lui-même. Celle-ci fait donc appel à l'estime de soi. L'estime de soi est définie par le petit Larousse de la psychologie comme étant une « *attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine.* » (2008).

Le patient se voit obligé d'entamer un travail de deuil afin de pouvoir avancer dans sa démarche d'acceptation de la modification corporelle qu'engendre l'amputation.

Comme cité précédemment, selon Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre, et David Kessler, médecin, dans leur ouvrage intitulé « *Sur le chagrin et le deuil* », le deuil se constitue de 5 phases : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Ces étapes sont essentielles pour le patient en deuil afin de pouvoir appréhender son avenir.

Michela Marzano, professeur de philosophie, dans son ouvrage intitulé « *La philosophie du corps* », dit « *Le corps est l'une des données constitutives et évidentes de l'existence humaine...* » (2013, p. 3). Dans son livre, elle décrit le rapport que l'individu a avec son corps et son image. Elle décrit une société où l'individu doit « *correspondre aux attentes des uns et des autres, ainsi qu'aux normes culturelles et aux injonctions sociales. Et cela jusqu'à ce que l'être ne s'évanouisse aux dépenses du paraître* » (2013, p. 22-23). Elle compare le corps à une image au sein de la société. Lorsque le corps n'est pas comme on le souhaiterait, alors à ce moment-là, il dérange. Le corps est réduit à une image qui doit répondre à des normes sociétales.

De ce fait, la modification de l'image corporelle est dérangeante et implique une remise en question de soi.

L'amputation entraînant la modification de l'image corporelle, elle nécessite une rééducation physique mais également psychique. Quentin Pédelaborde, stagiaire psychologue et Françoise Cluzeaud, psychologue clinicienne, dans leur article « *Accompagnement psychologique après amputation* » abordent l'intérêt d'instaurer un suivi psychologique au sein des structures spécialisées de réadaptation. Dans le but de « *dépasser la sidération comme le débordement émotionnel, surmonter le traumatisme et retrouver sa place au quotidien* » (2020).

Le patient amputé voit son corps modifié. Cependant, comme le disent les auteurs, le corps est modifié mais le cerveau n'a pas forcément intégré l'information. Il est donc nécessaire que le patient prenne le temps de se reconnaître et de prendre conscience de son nouveau corps.

L'amputation nécessite souvent l'utilisation d'une prothèse afin de pallier le membre manquant. « *Du fait qu'on ne puisse pas guérir un membre absent et que celui ne repousse pas, les médecins auront recours aux prothèses, qui sont susceptibles de compenser la perte d'un membre.* » (Tessier, 2015, p. 124). Il est nécessaire que le patient accepte son nouveau corps afin de pouvoir accueillir une prothèse. Les auteurs, dans leur article, évoquent également la notion de deuil. Le patient amputé est confronté à un deuil au « *pluriel : celui du membre amputé et celui d'une certaine représentation de soi* » (2020).

La modification de l'image corporelle entraîne un chamboulement sur le plan physique, psychique, familial, social et professionnel.

Le patient entre dans un processus de reconstruction où il doit retrouver ses marques. Les auteurs évoquent un passage en service de rééducation comme étant un lieu « *facilité par des aménagements spécifiques et un accompagnement humain pluridisciplinaire* » (2020). Cependant, le passage en rééducation est accompagné d'une étape qui dirige le patient vers la sortie afin de lui permettre de gagner un maximum d'autonomie. Et ainsi, le patient sera préparé à un retour à domicile qui peut être malgré tout difficile. Retrouver sa place au sein de sa famille, au sein de la société, peut s'avérer difficile pour ce dernier. C'est alors que la prise en charge pluridisciplinaire va opérer et permettre au patient de recréer un équilibre. Michela Marzano, dans le « *Dictionnaire du corps* » évoque la difficulté de locomotion pour le patient appareillé. Selon le niveau d'amputation, l'appareillage est plus compliqué à mettre en place. Cela dépend également de la condition physique du patient mais également de son âge.

Afin de conserver la mobilité, l'ensemble de ces critères doivent être pris en compte afin d'offrir au patient la meilleure solution. Pour permettre au patient d'accéder à une prise en charge optimale et pertinente, il faut connaître ses attentes. Il faut également prendre en compte son histoire, sa condition de vie, ses projets professionnels et personnels ainsi que ses loisirs. L'amputation entraînant un chamboulement identitaire nécessite un projet de soin réfléchi afin « *d'optimiser son retour dans la vie* » (2007, p. 62).

La prise en charge d'un patient amputé est multidisciplinaire comme le disent les auteurs de l'article « *L'amputation, une prise en charge multidisciplinaire* », Marie Thomas-Pohl, médecin, David Rogez, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, Stéphanie Truffaut-Laude, médecin et Éric Lapeyre, professeur agrégé de médecine physique et de réadaptation.

En effet, les auteurs décrivent une prise en charge pluridisciplinaire qui fait intervenir un médecin de médecine physique et de réadaptation, un chirurgien, un kinésithérapeute, un orthoprothésiste, un ergothérapeute, un psychomotricien, une équipe soignante composée d'infirmiers et d'aides-soignants, une assistante sociale et un psychiatre. Ces professionnels participent au projet de soins du patient amputé afin de lui permettre d'avoir accès à une prise en charge optimale après l'amputation. « *Le long cheminement rééducatif* » (2015), tel est nommé le parcours par lequel le patient va devoir passer afin d'acquérir un maximum d'autonomie après l'amputation.

Le témoignage d'Anne M., adhérente d'une association de défense et d'étude des personnes amputées (Adepa) dans l'article « *Se reconstruire après une amputation* », démontre que la prise en charge pluridisciplinaire est indispensable pour le patient. Elle dit « *Je réalise combien cette reconstruction est un travail d'équipe* ». Dans cet article, elle raconte son histoire et sa prise en charge après l'amputation de son membre. Elle décrit les étapes de son accompagnement après l'opération chirurgicale. La rééducation est une étape avec « *des hauts et des bas* » d'après elle. Cependant, elle souligne l'importance de la présence de l'équipe soignante auprès d'elle : « *L'énergie dépensée autour de moi à cette période, où j'étais au début presque totalement dépendante des autres, m'a donné la force de faire des projets à ma portée...* » (2015). La prise en charge pluridisciplinaire lui a permis de retrouver un équilibre dans sa vie et ainsi de pouvoir se reconstruire et appréhender le futur avec de nouvelles ambitions.

Cécile Brune, psychologue clinicienne évoque dans son article intitulé « *Retentissement familial face à un proche nouvellement amputé* », l'impact d'une amputation sur le sujet l'ayant subi. D'après elle, cet acte chirurgical ne doit pas se dissocier du sujet. Le sujet singulier, doit être pris en compte dans son intégralité. La comparaison ne doit pas prendre la place du regard subjectif envers le patient. Chaque patient est unique avec son vécu, son histoire, sa culture. L'amputation induit des retentissement sur le plan psychologique différemment d'un patient à un autre. Auprès du patient mais également auprès de la famille et de l'entourage. En effet, l'amputation engendre une désorganisation au sein de la famille du patient amputé. Un changement au niveau des rôles de chacun au sein de la famille mais également en termes d'installation, d'aménagement du domicile. Dans cet article, l'auteure évoque des récits de patients amputés. Un des récits décrit un patient ayant été amputé de son pouce droit et dit percevoir le regard des gens sur ses mains.

Ce qui a provoqué chez ce patient un mal-être et donc a nécessité l'intervention d'un psychologue. Cela traduit l'impact social et psychologique que peut entraîner l'amputation.

Peggy Tessier, docteure en philosophie, dans son ouvrage intitulé « *Le corps accidenté. Bouleversement identitaires et reconstruction de soi* » évoque le sujet de l'amputation qui représente une modification de l'image corporelle mais également une modification de la perception de soi. Selon elle, la rééducation passe par la mise en place d'une prothèse. Cette prothèse « *restaure l'image de l'amputé [...] dans le but de lui assurer une autonomie sociale (ou une amélioration de sa qualité de vie)* » (2015, p. 137). Afin d'arriver à cet objectif, le patient doit entamer un parcours de rééducation qui peut s'avérer long et douloureux.

De plus, comme l'évoquent Antoine Bioy, professeur de psychologie, et Damien Fouques, psychologue, dans leur ouvrage intitulé « *Manuel de psychologie du soin* », le patient peut conserver la sensation que son membre amputé soit encore présent. Cela se nomme « *le membre fantôme* » (2002 p. 135). D'après les auteurs, le patient amputé peut conserver des sensations, des douleurs comme si ce membre était toujours présent. Ils font le lien avec le schéma corporel que l'individu possède. Le schéma corporel est construit au niveau cérébral et permet de percevoir son propre corps dans l'espace. L'amputation entraîne l'ablation du membre au niveau physique. Ce membre n'est plus présent physiquement. Cependant, le schéma corporel est intact au niveau cérébral. Il est alors nécessaire d'accorder du temps au cerveau afin qu'il intègre l'idée que le membre n'existe plus. Selon les auteurs, ce phénomène peut disparaître. Le schéma corporel évolue, mais pas toujours.

Les auteurs décrivent une altération de l'image corporelle qui peut entraîner des répercussions importantes sur le patient. C'est pour cela qu'il est important que les soignants effectuent une évaluation de ces répercussions. Ces évaluations sont souvent inexistantes ou partielles du fait du manque de formation du personnel. « *L'altération de son image corporelle [...] possède des incidences immédiates sur sa prise en charge* » (2002, p. 142). En effet, cela peut représenter un frein à la prise en charge du patient. L'évaluation effectuée par les infirmiers peut alors éviter cela. Lors du soin, le soignant va établir une relation avec le patient qui permettra de déceler les risques liés aux conséquences de la perturbation de l'image corporelle induite par l'amputation.

4.3 La relation soignant-soigné

L'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. En effet, comme le disent les auteurs Martine Ruzniewski, psychanalyste et Gil Rabier, réalisateur, dans leur livre « *L'annonce. Dire la maladie grave* », la consultation d'annonce peut être présidée par un médecin et une infirmière. L'infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin.

D'après Ruzniewski et Rabier dans leur ouvrage intitulé « *L'annonce. Dire la maladie grave* », au moment du verdict, le patient passe par une étape de sidération et n'exprime pas forcément son ressenti, ni son questionnement.

L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien. Créer une relation de confiance permet au patient d'adhérer et de participer à la prise en soins qui lui est proposé. Quentin Pédelaborde, stagiaire psychologue et Françoise Cluzeaud, psychologue clinicienne, dans leur article « *Accompagnement psychologique après amputation* » abordent la relation soignant-soigné en donnant une explication au fait que cette relation soignant-soigné peut être difficile à apprivoiser. Le patient peut rendre difficile l'instauration de cette relation qui est pourtant fondamentale dans le parcours de soins. Cependant, un patient amputé peut se montrer agressif ou en colère à l'approche du soignant.

Les auteurs expliquent ce comportement par une instauration de mécanismes de défenses qui sont dus à un refus de l'amputation et non à un refus de soins. Une forme de rejet est observée chez certains patients n'ayant pas effectué le deuil de leur amputation. Pris par leurs émotions, les patients sont en incapacités de participer à cette relation de soins. Ce qui rend difficile cette relation soignant-soigné. Antoine Bioy, professeur de psychologie, et Damien Fouques, psychologue, dans leur ouvrage intitulé « *Manuel de psychologie du soin* » définissent la relation soignant-soigné comme étant une forme de communication. Une communication qui s'instaure lors du soin. Le soin est l'élément primordial qui va permettre d'instaurer cette relation, ces échanges.

Cette relation d'échanges est qualifiée par les auteurs comme étant inégale. Elle est inégale de par la position de chacun : le soignant et le soigné, mais également de par leurs points de vue qui sont différents.

Le patient est en « *état de demande* » (2002, p. 171) et il est également « *souffrant* » (2002, p. 171). Ce qui le rend dépendant du soignant. Le patient est alors dans l'attente de réponse et de solution de la part du soignant. Pour lui, le soignant détient le savoir et par conséquent les réponses à ses questions. Néanmoins, l'infirmier est également dans l'attente d'une forme de résultat liée à sa pratique et à son savoir. Le soignant espère recevoir de la reconnaissance de la part du patient. Des deux côtés, les individus sont dans l'attente d'une réponse de l'autre.

Afin d'établir une relation de soin, une demande d'aide de la part du patient va permettre d'établir le contact. Le patient étant en situation de détresse, va rechercher de l'aide auprès du soignant. De ce fait une certaine confiance se met en place.

Cette confiance se met en place à différents stades de la prise en charge du patient. Selon le contexte de la situation, les conditions de soins, l'environnement... La relation de soin va également dépendre de chaque individu. Que ce soit le patient ou le soignant, cela dépend également du vécu et des expériences de chacun. D'après les auteurs, des mécanismes se mettent alors en place. Notamment des mécanismes de « *transfert* » (2002, p. 171). Le principe du mécanisme correspond à « *une projection de l'un sur l'autre d'attitudes, de sentiments que l'on a eu vis-à-vis de personnages significatifs du passé personnel* » (2002, p. 171). Selon eux, le transfert, est un phénomène d'identification à l'autre. « *Le transfert peut être positif, si le patient trouve dans le soignant les qualités qu'il souhaitait trouver [...] ou négatif* ». (2002, p. 172). Il est positif si le patient retrouve chez le soignant une image positive.

Mais il peut également être négatif s'il perçoit de l'agressivité ou de la méfiance de la part du soignant. Cela explique la complexité de la relation soignant-soigné. De cette relation, en découle une relation d'aide. Selon les auteurs, la relation d'aide est une « *forme de communication thérapeutique* » (2022, p. 176). Cette relation d'aide est une relation qui s'instaure entre un soignant et un patient au cours d'un soin. Son but est de permettre au patient de faire appel à des ressources utiles à sa prise en charge telles que son autonomie, sa prise de décision, son acceptation de la pathologie... La relation d'aide permet au patient de pouvoir mobiliser l'ensemble de ses ressources. Elle « *vise principalement à créer des conditions favorables à l'expression par le patient de ses ressources personnelles* » (2002, p. 177).

Le soignant guide le patient et l'accompagne dans la progression de son parcours de soin. Il lui permet d'accéder à une amélioration de son état physique et psychologique. Dans cette relation soignant-soigné, le soignant joue un rôle primordial dans le parcours de soin. Comme évoqué précédemment, le transfert peut intervenir auprès du patient. Cela peut être positif ou négatif. C'est pour cela que le soignant, doit maîtriser ses émotions afin de ne pas induire le patient dans un mécanisme de transfert négatif. Comme le dit Catherine Mercadier, infirmière et sociologue, dans son livre « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* », cette maîtrise des émotions de la part du soignant permet « *de ne pas provoquer celles du malade ou, tout au moins, de les atténuer.* » (2002, p. 210).

Cela permet au soignant également ne pas se laisser inonder par ses émotions. L'auteure qualifie l'émotion comme étant « *contagieuse* » (2002, p. 210). En montrant ses émotions, le soignant peut aggraver la fragilité du patient en accentuant un climat d'inquiétudes. Cela démontre le professionnalisme du soignant.

Le contrôle des émotions induit une certaine distance observé par le soignant. L'auteur évoque l'importance de la parole au sein de la relation soignant-soigné. En effet, selon l'intonation, le vocabulaire, l'attitude, la parole peut désamorcer des situations complexes. La parole a un impact émotionnel. L'auteure dit « *La parole est à distinguer de la communication ; elle n'est pas là pour permettre un échange avec l'autre [...]. Elle a pour fonction de neutraliser l'émotion.* » (2002, p. 221). Elle donne l'exemple de silence présent dans une conversation, ce qui peut engendrer une gêne auprès des protagonistes participants à la discussion. La parole peut à ce moment-là éviter cette gêne. La parole peut avoir un effet apaisant et rassurant pour le patient. Elle permet de désamorcer des situations d'agressivité. L'auteure met également en lumière l'utilisation de l'humour et du rire dans la relation soignant-soigné.

Cette interaction peut amener le soignant dans une situation délicate où le rire et l'humour peuvent intervenir afin de s'extraire de cette situation malaisante. « *C'est avec son corps, sa parole et son effectivité que l'on entre en relation* » (Manoukian, 2014, p. 5).

Alexandre Manoukian, psychologue clinicien, dans son ouvrage intitulé « *La relation soignant-soigné* », explique que la relation soignant-soigné a un sens. C'est le contexte qui détermine le sens de cette relation. Il donne l'exemple de la relation de soin qui se produit entre un patient et un soignant, dans un service d'hôpital. Le soignant porte de l'intérêt au patient et ce n'est pas pour autant qu'une amitié va se créer.

Cela relève donc du professionnalisme. Le sens de la relation est différent selon le contexte. Ce contexte permet au soignant d'adopter une attitude et des paroles envers le patient. Et ainsi d'entamer la relation d'aide. Selon l'auteur, « *La relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle* » (2014, p.53). Cette relation est basée sur la confiance, le non-jugement, l'écoute et l'empathie.

Elle permet donc de mener à bien la prise en soin d'un patient tout en s'adaptant à ce dernier. En essayant de désamorcer des situations conflictuelles, de par l'attitude, le positionnement, et le discours tenu.

La relation soignant-soigné permet d'établir une alliance thérapeutique qui permettra de mener à bien la prise en charge. Cela nécessite une coopération des deux parties : du soignant et du patient.

4.4 Synthèse du cadre de référence

Mon cadre de référence reprend des notions essentielles en rapport avec ma question de départ. J'ai donc décidé d'effectuer mes recherches suivant trois thèmes distincts : l'acceptation de l'annonce d'une amputation, l'amputation et la modification de l'image corporelle et la relation soignant-soigné. J'ai pu, à travers différentes lectures, aborder l'importance de l'annonce d'une maladie lors d'un parcours de soins. Les mots choisis lorsque le diagnostic est annoncé ont une importance pour le patient. Le patient peut se sentir soutenu ou à l'inverse, se sentir seul. Cela fait appel à un concept que j'ai défini : l'empathie. Peggy Tessier, docteure en philosophie, rapporte que l'annonce d'une maladie est une étape indispensable afin de permettre au patient le commencement d'un processus de reconstruction de soi.

Elle fait référence à un conditionnement psychologique et physique ainsi qu'aux étapes du deuil. J'ai pu détailler et décrire ces étapes à l'aide de l'ouvrage intitulé « *Sur le chagrin et le deuil* », d'Elisabeth Kübler-Ross et de David Kessler. Je me suis basée à partir d'un article qui décrit l'annonce en cancérologie de N. Jeannin, C. Pelletti et Dany L, et qui évoque deux temps dans le processus d'annonce. Je trouve que ce dispositif peut être transférable sur l'annonce d'une amputation. Les auteurs évoquent un temps médical et un temps d'accompagnement soignant. Le temps médical correspond au moment où le médecin annonce le diagnostic. Le temps d'accompagnement soignant correspond au moment où les soignants peuvent reprendre avec le patient ce qui a été annoncé par le médecin. Mes différentes lectures m'ont permis de mettre en lumière le rôle du médecin et des soignants dans l'annonce d'un diagnostic. Le médecin annonce le diagnostic et les infirmiers organisent un entretien afin de reformuler et s'assurer que le patient a assimilé les informations données par le médecin. Selon, Aline Delahaye, psychologue clinicienne, Hugues Lefort, médecin urgentiste et Patrick Clervoy, chef de service, il est possible d'avoir au sein des équipes soignantes un référent annonce. Cet infirmier serait présent lors des annonces de diagnostic afin d'accompagner le patient. J'ai pu m'apercevoir, à travers une étude menée par les auteurs cité précédemment, que les infirmiers étaient dépourvus de formation en lien avec l'accompagnement psychologique lors d'une annonce de diagnostic.

Je me suis rendu compte de l'impact psychologique lié à l'annonce d'un diagnostic auprès du patient et la nécessité de poursuivre une prise en charge psychologique. Et notamment du fait de l'impact d'une amputation sur le patient qui altère l'image corporelle. En effet, dans mon cadre de référence j'ai pu aborder le lien entre l'amputation et la modification de l'image corporelle. L'amputation impacte l'image du corps. Cette altération de l'image de soi, mène le patient vers des doutes et des interrogations en lien avec son avenir et son estime de soi. J'ai donc défini ce qu'est l'amputation et ce qu'elle entraîne. Le patient est confronté à un travail de deuil. Comme pour l'annonce du diagnostic, il est primordial d'effectuer une rééducation physique mais également psychique. Quentin Pédelaborde et Françoise Cluzeaud évoquent un accompagnement psychologique post amputation. Ils qualifient l'amputation comme étant un traumatisme. L'amputation engendre une perturbation sur le plan physique, psychologique, professionnel, social et familial.

La place de la famille et de l'entourage dans le processus d'acceptation est nécessaire. Marie Thomas-Pohl, David Rogez, Stéphanie Truffaut-Laude et Éric Lapeyre parlent de la notion de prise en charge multidisciplinaire afin d'accompagner le patient dans son parcours de soin et dans la reconstruction de son identité. Lors de l'annonce d'un diagnostic, différents professionnels de santé sont présents. L'infirmier accorde un temps au patient afin de reprendre avec lui ce que le médecin lui a annoncé. Quentin Pédelaborde et Françoise Cluzeaud évoquent une relation soignant-soigné difficile à apprivoiser. L'infirmier instaure cette relation afin d'entamer un parcours de soins. Antoine Bioy et Damien Fouques ont défini la relation soignant-soigné comme étant une forme de communication. Cette communication est alors nécessaire lors des soins auprès du patient.

Les auteurs la qualifient d'inégale du fait des positions différentes du soignant et du soigné. J'ai pu m'apercevoir que cette relation se construit plus ou moins rapidement selon les individus. Elle se base sur la confiance. Elle permet au patient de déployer l'ensemble de ses ressources afin de progresser dans son parcours de soin. Le soignant joue un rôle d'accompagnant tout en maîtrisant ses émotions afin de ne pas induire le patient vers une réaction négative. La parole permet au soignant de gérer des situations parfois délicates et de désamorcer des situations inconfortables. Alexandre Manoukian montre la notion d'alliance thérapeutique construite à travers la relation soignant-soigné et permettant de mener à bien la prise en charge du patient. L'ensemble de ces recherches m'ont permis de mieux appréhender mon enquête exploratoire. Ces données issues de mes différentes lectures et recherches m'ont aidées à réaliser mon enquête sur le terrain en confrontant mes recherches théoriques à mes recherches expérimentales lors de témoignages de terrain.

5. Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé

Afin de mener à bien mon enquête exploratoire, j'ai décidé d'utiliser l'entretien semi directif. Geneviève Imbert définit cet outil comme « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* » (2010).

J'ai opté pour cet outil car je trouve qu'il est le plus adapté afin de mener à bien mon enquête. Il m'a permis de mettre en avant des thèmes, des sujets et des questions en particulier que je souhaitais aborder tout en laissant une réponse libre de la part du soignant interrogé. L'entretien semi-directif a été mené par le biais d'un guide d'entretien qui a fait office de ligne de conduite afin de pouvoir évoquer l'ensemble des interrogations choisies. Selon Jean-Claude Combessie, sociologue, le guide d'entretien est « *un memento (un pense-bête). Il est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien.* » (2007).

5.2 Population choisie

Afin de mettre en pratique mon enquête exploratoire, j'ai choisi d'effectuer des entretiens auprès d'infirmiers. En effet, les infirmiers sont des soignants qui sont au cœur de la prise en charge d'un patient à qui on annonce un diagnostic d'amputation.

J'ai choisi différents soignants car c'est plus enrichissant afin de pouvoir recueillir différents témoignages et différentes visions. J'ai donc réalisé des entretiens avec 6 infirmières dont 3 infirmières ayant obtenu leur Diplôme d'État depuis moins de 10 ans et 3 infirmières ayant obtenu leur Diplôme d'État depuis plus de 10 ans. Les entretiens sont anonymes et les prénoms attribués aux infirmières ont été modifiés. L'intérêt pour moi est d'observer la différence du témoignage entre un infirmier expérimenté et un infirmier récemment diplômé. J'ai choisi des infirmiers car ils sont au cœur du soin et de la prise en charge du patient.

5.3 Lieu d'investigation

J'ai effectué mes entretiens au sein de services hospitaliers qui prennent en charge des amputations tel que les services de chirurgie vasculaire et de rééducation.

Ce choix s'est donc porté sur l'intérêt de rencontrer des soignants qui participent à la prise en charge de patients amputés afin de pouvoir recueillir des témoignages pertinents. En service de chirurgie vasculaire, débute le parcours de soin lié à l'amputation. Souvent, l'annonce du diagnostic se confirme lors de cette hospitalisation. Le patient est admis quelques jours avant ou bien la veille de l'amputation.

En ce qui concerne le service de rééducation, il s'agit de l'hospitalisation la plus longue. La phase postopératoire.

5.4 Guide de l'outil

Le guide de l'entretien se trouve en Annexe I .

5.5 Grille d'analyse

La grille d'analyse se trouve en Annexe II.

5.6 Analyse

J'ai effectué des entretiens auprès de six infirmières dont trois en service de chirurgie vasculaire et thoracique et trois en service de rééducation.

5.6.1 Résumé des entretiens

❖ Entretien 1 : Louna : Le 04 février 2022

Le premier entretien a été réalisé auprès de Louna, infirmière depuis 6 ans et travaillant dans un service de chirurgie vasculaire et thoracique depuis 6 ans. A la question numéro 1 concernant le déroulement d'une annonce d'amputation auprès du patient, cette dernière me répond qu'il y a différentes annonces. Elles sont soit préparées à l'avance soit plus directes. Plus généralement, l'annonce se déroule au moment de la visite médicale quotidienne. Elle se fait auprès du patient au pied du lit même si c'est une chambre double.

Les personnes présentes sont donc le médecin, l'infirmière et parfois l'interne. En ce qui concerne la place de la famille, elle me dit qu'en ce moment c'est compliqué avec les restrictions sanitaires car les visites ne sont pas autorisées. Auparavant, quand la famille était présente, il était possible d'effectuer l'annonce en présence des proches. Louna me fait savoir que si un patient est âgé, il se peut que l'annonce soit faite d'abord aux enfants. A la question numéro 2 concernant l'entretien infirmier réalisé après l'annonce du diagnostic, Louna m'explique que l'infirmière effectue la visite avec le médecin et qu'elle prend un second temps avec le patient pour réexpliquer. L'infirmière s'assure que le patient comprend bien ce qui lui a été annoncé. En ce qui concerne la place de la famille, la crise sanitaire ne permet pas les visites.

C'est pour cela que la famille n'est pas forcément présente lors de cet entretien. Cependant, avant la crise sanitaire, les familles étaient souvent présentes les après-midis et il était possible d'inclure la famille lors de cet entretien. Cela permet de réexpliquer au patient et au proche ce qu'il va se passer afin de les rassurer. Elle précise que la famille peut être une ressource pour le patient afin de l'aider à accepter l'annonce.

Mais elle précise également que parfois, la famille peut être un frein car elle peut également ne pas l'accepter et espérer trouver une autre solution. A la question numéro 3 concernant la possibilité d'avoir accès à une formation qui concerne l'annonce d'un diagnostic d'amputation ainsi que la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé, Louna me répond qu'elle pense que des formations doivent exister. Cependant, elle me signale qu'en ce moment les formations sont suspendues en raison de la crise sanitaire. Elle m'informe que le terrain est formateur. A la question numéro 4, je demande à Louna de me raconter une prise en charge avec un patient amputé ou prochainement amputé qui s'est bien déroulé. Elle m'informe que la majorité des prises en charge se déroulent bien. Elle évoque la situation d'un patient atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs qui était très algique. Depuis l'amputation, le patient est moins algique. Sa plaie est en bonne voie de cicatrisation. Le patient a bien accepté l'amputation. A la question numéro 5, à l'inverse, je demande à Louna de me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile. Louna évoque la situation d'une femme âgée de 45 ans qui n'avait pas de pathologies connues. Brutalement, un problème cardiaque a généré des embolies qui ont obstrués une artère. De ce fait, elle a dû être amputée. Cet événement brutal a été dur à accepter pour elle et pour sa famille. D'après Louna, les annonces ne se passent pas toujours bien.

❖ Entretien 2 : Samantha : Le 04 février 2022

Le deuxième entretien a été réalisé auprès de Samantha, infirmière depuis 10 ans et travaillant dans un service de chirurgie vasculaire et thoracique depuis 10 ans. A la question numéro 1 concernant le déroulement de l'annonce d'une amputation, Samantha répond que l'annonce s'effectue en chambre, au pied du lit du patient. Elle répond que c'est le médecin qui l'effectue au moment de la visite. Les personnes présentes sont le médecin, l'infirmière et souvent l'interne. Elle explique que si le patient est incohérent, l'entourage peut être prévenu en amont. Samantha explique que la plupart du temps, les patients qui se voient annoncer une amputation, sont des patients qui sont suivis pour des pathologies vasculaires.

Et de ce fait, ils sont préparés par les diverses prise en charge qui précèdent l'amputation. Le chirurgien annonce au patient que si la tentative de revascularisation ne fonctionne pas alors il risque d'y avoir une amputation. Cependant, elle explique que si le patient n'a jamais été hospitalisé et qu'il n'a pas de pathologie vasculaire connue, alors dans ce cas, l'annonce peut être choquante et brutale pour le patient.

A la question de la présence d'un référent annonce, Samantha répond qu'il n'y a pas d'infirmier référent annonce au sein du service. Elle dit également qu'il n'y a pas de salle dédiée à l'annonce. L'annonce en chambre est effectuée de la même manière en chambre simple que double. Samantha dit qu'une psychologue peut être sollicitée. En ce qui concerne la place de la famille, elle répond que si cette dernière est souvent présente, l'annonce sera faite lorsque la famille sera présente. Cependant, ce n'est pas systématique. A la question numéro 2, en ce qui concerne l'entretien infirmier réalisé après l'annonce du diagnostic, Samantha répond que cet entretien est réalisé au moment de la réfection du pansement. C'est un temps qui est long, c'est donc à ce moment-là qu'un dialogue s'instaure. L'entretien infirmier est donc réalisé au cours des soins. En ce qui concerne la place de la famille, elle répond que la crise sanitaire ne permet pas de visites. Cependant les proches peuvent prendre des nouvelles par téléphone. Samantha estime que la famille peut être une ressource pour le patient. Cependant, certaines familles peuvent être anxieuses ce qui génère du stress au patient. A la question numéro 3, concernant la possibilité d'avoir accès à une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé, Samantha répond qu'elle pense que des formations existent mais aucune formation n'est proposée dans l'établissement. Elle dit également que la crise sanitaire a interrompu les formations en ce moment.

Samantha répond que la mise en place d'une formation serait intéressante pour les jeunes diplômés mais également pour les plus anciens. Elle exprime les difficultés qu'elle a rencontrées au début de sa prise de poste en ce qui concerne l'annonce. Elle m'informe donc qu'elle a fait appel à ses collègues afin de passer le relais. A la question numéro 4, en ce qui concerne le récit d'une prise en charge avec un patient amputé ou prochainement amputé qui s'est bien déroulé, Samantha raconte l'histoire d'un patient atteint d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et dont les différentes prises en charges (pontages) ont échoué. Le patient était tellement algique qu'il souhaitait être amputé. Pour ce patient, l'amputation était la solution qui lui permettrait d'abréger ses souffrances.

A la question numéro 5, qui concerne le récit d'une prise en charge d'un patient amputé qui a été compliqué, Samantha raconte la situation d'un patient dialysé trois fois par semaine et qui se voit annoncer une amputation. Ce patient l'a mal vécu. Elle dit que dans ces cas-là, le personnel soignant fait appel à la famille afin d'accompagner le patient et de lui permettre de lui remonter le moral.

❖ Entretien 3 : Diana : Le 08 février 2022

Le troisième entretien a été réalisé auprès de Louna, infirmière depuis 10 ans et travaillant dans un service de chirurgie vasculaire et thoracique depuis 3 ans. A la question numéro 1 qui concerne le déroulement d'une annonce d'une amputation auprès du patient, Diana me répond que c'est le chirurgien qui effectue l'annonce. Elle précise que l'annonce est généralement effectuée lors de la visite médicale du soir. Elle précise que si l'annonce est effectuée en chambre cela explique que le patient est en état d'ischémie aiguë. Cependant, lorsque l'amputation est programmée, l'annonce est effectuée en amont en consultation. Les personnes présentes sont donc le chirurgien, l'interne (s'il est disponible), l'infirmière et parfois l'aide-soignante. A la question concernant la présence d'un infirmier référant annonce, elle répond qu'il n'y en a pas. Elle précise qu'il ne peut pas y avoir un référent annonce car s'il n'est pas présent tous les jours, cela risque d'être compliqué. Selon elle, il faudrait que tous les infirmiers soient référents. A la question numéro 2, qui concerne l'entretien infirmier auprès du patient après l'annonce du diagnostic, Diana répond qu'il est informel. L'infirmier retourne auprès du patient afin de recueillir le ressenti du patient lié à l'annonce. Elle précise également que si le patient en exprime le besoin, il est possible de réaliser un entretien. En ce qui concerne la place de la famille, elle répond que cette dernière est prise en compte.

Cependant, elle précise qu'avec la crise sanitaire, les visites ne sont pas autorisées. A la question numéro 3, Diana répond non à la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé. Elle précise que dans son service il n'y en a pas mais insiste sur la nécessité d'une mise en place de formations. Elle répond qu'avant d'exercer dans ce service, elle a eu une formation d'annonce en cancérologie. Cette formation l'aide à prendre en charge les patients dans le service dans lequel elle exerce actuellement. Elle estime qu'une formation peut être utile. Elle répond également qu'une annonce s'apprend également en formation en soins infirmiers.

A la question numéro 4 en ce qui concerne le récit d'une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé qui s'est bien déroulée, Diana raconte l'histoire d'un patient qui est hospitalisé pour une artériographie. Les résultats de cette artériographie induisent donc la décision d'une amputation. Le patient s'y attendait. Alors il a été opéré. La prise en charge s'est bien déroulée. Le patient n'était pas algique en postopératoire. La cicatrisation était optimale. Elle décrit un patient volontaire.

Elle explique que ce type de prise en charge se déroule bien car entre l'artériographie et l'annonce d'un diagnostic il y a un temps où le patient se prépare. Contrairement à une ischémie aigue. A la question numéro 5, qui concerne le récit d'une prise en charge d'un patient amputé qui a été difficile, Diana raconte l'histoire d'un patient insuffisant rénal, dialysé et diabétique. Ce patient est admis pour une plaie chronique. Une amputation en trans tibiale est programmée. L'amputation a eu lieu. Cependant, ça n'a pas fonctionné. La plaie opératoire s'est infectée. Une nouvelle annonce d'amputation est alors envisagée en trans fémorale. Cette annonce a été compliquée pour le patient ainsi que pour sa famille. L'amputation en trans fémorale a été difficile à accepter et l'état du patient s'est dégradé. De plus, elle explique qu'il a fallu annoncer à la famille que ce patient n'était pas appareillable. Les proches espéraient un retour à domicile mais ça n'a pas été possible. Son centre de dialyse se situe à Orange. Il n'y avait pas de centres de rééducation qui prennent en charge des patients dialysés proche de son domicile. Il a donc dû se rendre à Marseille loin de sa famille et de ses habitudes.

❖ Entretien 4 : Maria : Le 12 février 2022

Le quatrième entretien a été réalisé auprès de Maria, infirmière depuis 1 ans et travaillant dans un service de rééducation depuis 6 mois. A la question numéro 1 concernant la récit d'une prise en charge où un patient évoque l'annonce de l'amputation auprès de l'infirmière, Maria raconte le situation d'un patient insuffisant rénal.

Elle dit que ça a été plus facile pour le patient car l'amputation est liée à une pathologie et il se prépare à cette éventualité. L'annonce de l'amputation est amenée progressivement en prévention, après divers examens. Elle explique que c'est le médecin qui effectue l'annonce. Un psychologue peut intervenir. L'annonce s'effectue en chambre. A la question numéro 2, concernant la réalisation d'un entretien infirmier lors de l'admission du patient autour du vécu de l'annonce du diagnostic, Maria répond qu'il n'y a pas d'entretien spécifique pour ce type de patient.

L'entretien réalisé est un entretien de routine à chaque admission pour tous les patients. Lors de cet entretien, l'infirmière fait le point avec le patient. Elle lui demande pourquoi ils sont là. Elle précise également que lors de cet entretien, elle demande au patient comment s'est déroulée l'amputation. Souvent, c'est à ce moment-là que l'infirmière et le patient évoque plus en détail son vécu. A la question concernant la place de la famille, Maria dit qu'en raison de la crise sanitaire, les visites étaient interdites.

Cependant, certaines familles téléphonaient. Elle explique que depuis quelques jours, les visites ont repris à raison d'une heure par jour. Maria explique que les patients sont contents de recevoir de la visite de leur proche. C'est une épreuve difficile à surmonter. Maria répond qu'après l'entretien d'admission, les médecins ou les internes passent en chambre afin de faire le point. Elle décrit les infirmiers comme étant des personnes importantes dans la prise en charge du patient. Elle ne se met pas à la place de la famille mais estime que les patients, en cette période de restrictions sanitaires, voient majoritairement que des soignants. Elle met en avant les soins relationnels et explique leur importances. Garder le contact et écouter activement le patient. A la question numéro 3 qui concerne la possibilité d'avoir une formation au sujet de la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé, Maria répond qu'elle pense qu'il y a des formations à ce sujet. Cependant elle ajoute également qu'il n'y pas de formation spécifique. A la question numéro 4 qui concerne le récit d'une prise en charge d'un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble, Maria raconte l'histoire d'un patient qui après avoir été amputé, est retourné au bloc opératoire pour une seconde amputation en raison de la présence de bactéries sur la plaie opératoire. La prise en charge de ce patient n'était pas facile. Cependant, il est revenu au centre de rééducation. Sa plaie a bien cicatrisé. Il a pu être appareillé. Un jour, il s'est remis à marcher et a souhaité être filmé pour le montrer à sa famille. Maria explique qu'en rééducation, le patient est admis dans un état d'esprit pas forcément positif. Du fait de l'image corporelle perturbée notamment. Puis au fur et à mesure, après acceptation, le patient se voit appareillé et regagne de l'espoir. Elle décrit cela comme étant satisfaisant pour elle. Elle raconte également l'histoire d'un patient sportif qui est amputé. De par sa passion pour le sport, ce dernier a su trouver la motivation afin de s'adapter et continuer à pratiquer son sport. A la question numéro 5 qui concerne le récit d'une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile, Maria raconte la difficulté face à des moignons qui ne cicatrisent pas correctement. Cela induit une difficulté lors de la réfection des pansements. Et souvent cela induit la nécessité de reprise de l'amputation.

❖ Entretien 5 : Maé-Camille : Le 12 février 2022

Le cinquième entretien a été réalisé auprès de Maé-Camille, infirmière depuis 2 ans et travaillant dans un service de rééducation depuis 1 an.

A la question numéro 1 concernant le récit d'une prise en charge où un patient évoque l'annonce de l'amputation auprès de l'infirmière, Maé-Camille répond que les patients, de manière générale, ne leur parlent pas du vécu de l'annonce. A la question numéro 2 concernant la réalisation d'un entretien infirmier lors de l'admission du patient autour du vécu de l'annonce du diagnostic, Maé-Camille répond qu'un entretien infirmier est réalisé à l'admission du patient. À ce moment-là, l'infirmière demande alors au patient pour quelles raisons il a été amputé. Elle précise qu'à leur arrivée, les patients ont souvent du mal à parler de leur amputation. C'est à ce moment-là que l'infirmier peut faire intervenir un psychologue. Maé-Camille répond qu'elle utilise souvent l'humour afin de remonter le moral du patient. Elle évoque la place de la famille. Elle estime que la famille contribue au bien être psychologique du patient. Elle revient sur les restrictions sanitaires qui ont entraîné une interruption des visites. Ce qui s'est fait ressentir sur le moral du patient. Maé-Camille dit que dans le parcours de soin, la famille est nécessaire et qu'il ne faut pas la mettre de côté, au contraire. A la question numéro 3, qui concerne la possibilité d'avoir une formation qui aborde la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé, Maé-Camille répond qu'elle n'a pas eu de formation. Elle trouve qu'une formation serait pertinente. Elle répond qu'elle a effectué son stage préprofessionnel lors de son cursus de formation en institut de formation de soins infirmiers. Ce stage lui a permis d'observer les différentes prise en charge au sein du service et ainsi se former. A la question numéro 4, qui évoque le récit d'une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée, Maé-Camille raconte l'histoire d'un patient bi-amputé. Elle explique que ce patient, avec sa motivation et sa volonté, a réussi à marcher sur ses deux membres inférieurs. L'appareillage aux deux jambes lui a permis de remarcher. La prise en charge s'est très bien déroulée. Elle explique aussi que la famille est une source de motivation pour les patients. A la question 5, concernant le récit d'une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile, Maé-Camille répond que certains patients sont désespérés et n'arrivent pas à se faire à l'idée qu'ils ne remarcheront plus. Elle raconte l'histoire d'un patient diabétique qui a été amputé en trans fémorale. Ce patient est dialysé. Il ne fait pas attention à son alimentation. Le patient ne s'inquiète pas de son état de santé.

C'est un patient isolé. Il n'a pas d'entourage connu. Maé-Camille exprime la difficulté des soignants de comprendre ce qu'il ne va pas. Les soignants se retrouvent démunis face à ces situations.

Malgré les explications données au patient concernant les risques qu'il encoure, ce dernier, ne prend pas en compte les conseils des soignants. Elle explique que c'est difficile de ne pas être écouté par le patient. Maé-Camille raconte également l'histoire d'un jeune patient bi amputé. Il a eu un accident de la voie publique. Ce patient ne pouvant pas recevoir de visites de la part de sa famille s'est renfermé sur lui-même. Elle décrit un patient qui exprimait sa colère. Maé-Camille répond également que certaines prises en charges sont difficiles du fait que le patient soit contraint d'être amputé une seconde fois car les plaies s'infectent.

❖ Entretien 6 : Salomé : Le 12 février 2022

Le sixième entretien a été réalisé auprès de Salomé, infirmière depuis 20 ans et travaillant dans un service de rééducation depuis 3 mois. A la question numéro 1 concernant la récit d'une prise en charge où un patient évoque l'annonce de l'amputation auprès de l'infirmière, Salomé répond que les patients s'expriment souvent lors du premier entretien d'entrée. Lors d'une admission, un patient amputé à cause d'un accident de la voie publique lui aurait dit que l'annonce a été traumatisante. A la question numéro 2, concernant la réalisation d'un entretien infirmier lors de l'admission du patient au sein du service autour du vécu de l'annonce du diagnostic, Salomé répond non. Elle dit que lors du premier entretien, l'infirmière ne pose pas directement la question. C'est abordé seulement si le patient le souhaite. Le premier entretien est un entretien d'admission. Cet entretien permet de mieux connaître le patient sans pour autant poser de questions directes sur l'annonce du diagnostic. A la question de la place de la famille, elle répond que les patients étaient en colère à cause des restrictions sanitaires qui ont empêchées les patients de profiter des visites de leurs proches. A la question numéro 3, concernant la possibilité d'avoir une formation au sujet de la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé, Salomé répond que non. Elle explique qu'elle a eu des formations qu'elle a décidé de faire durant sa carrière en ce qui concerne les plaies et cicatrises. Elle se pose la question de savoir si c'est réellement nécessaire d'avoir une formation spécifique. Elle suggère qu'il faut connaître les étapes du deuil et qu'au cours de la formation infirmière ces processus sont enseignés.

A la question numéro 4, qui évoque le récit d'une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée, Salomé raconte l'histoire d'une jeune fille qui a eu un accident de trottinette qui a entraîné une fracture. Les examens nécessaires afin d'identifier la fracture ont permis de détecter une tumeur au niveau du tibia. Cette patiente a été amputée en trans tibiale.

Elle s'est prise en main et a demandé à ce que sa rééducation soit rapide. La patiente a verbalisé le fait qu'elle ait eu de la chance d'avoir cet accident car autrement la tumeur n'aurait pas été détectée à ce moment-là. L'hospitalisation s'est bien déroulée. La plaie a bien cicatrisé. La patiente était très entourée par ses proches. Sa volonté et sa détermination lui ont permis d'écourter son hospitalisation. A la question numéro 5, concernant le récit d'une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile, Salomé évoque l'histoire d'un patient qui a été amputé premièrement de la jambe gauche. Puis est revenu, amputé de la jambe droite. C'est un patient diabétique qui ne respectait pas les règles hygiéno-diététique. Lors de sa première hospitalisation, les soignants ont insisté auprès du patient pour qu'il arrête de fumer. Mais ce dernier n'a pas arrêté le tabac. Salomé explique que ce patient habite dans un appartement au 2^{ème} étage et qu'il refuse de déménager car c'est l'appartement où ses enfants ont grandi. Elle décrit un patient de 67 ans, marié, qui avait des activités de loisirs. Et qui désormais ne pouvait plus se déplacer.

5.6.2 Analyse thématique

❖ Annonce de l'amputation

En ce qui concerne l'annonce de l'amputation Louna aborde le fait qu'il y ait différentes annonces. Elle parle d'annonces plus directes que d'autres. En effet, Louna, Samantha, Diana et Maria évoquent le fait que le patient peut être préparé à l'avance. Du fait d'une pathologie chronique, le patient est connu du service. Lors d'une précédente hospitalisation, le patient peut avoir été informé du risque d'amputation. Le patient est en quelque sorte préparé. Diana évoque l'amputation programmée. Si celle-ci est programmée, alors l'annonce sera effectuée en consultation avant l'hospitalisation.

En ce qui concerne l'annonce, les infirmières confirment que c'est le médecin qui effectue l'annonce. Cette annonce s'effectue pendant la visite quotidienne du médecin la plupart du temps en chambre, au pied du lit du patient. Louna dit « *...ça m'a un peu choqué qu'ils annoncent ça dans la chambre du patient. Qu'il n'y ait pas une consultation faite exprès...* » (IDE 1, L102-103).

Louna évoque aussi le fait que l'annonce est effectuée en chambre simple comme en chambre double. Elle dit « *Oui en chambre double pas forcément des chambres seules. Et c'est vrai que moi je voyais... Que ce soit amené avec les psychologues tout ça... Mais souvent c'est vrai que c'est dit lors de la visite. Les chirurgiens annoncent ça et puis partent faire les autres patients.* » (IDE1, L191-193).

En ce qui concerne les personnes présentes lors de l'annonce, Samantha et Diana précisent qu'il y a l'infirmière, le médecin et l'interne. Diana rajoute qu'il peut également y avoir l'aide-soignant s'il effectue la visite avec le médecin. L'annonce peut également être réalisée en présence de la famille, et de l'entourage. Louna dit « *Alors ça dépend du patient si c'est une personne âgée qui a des enfants. [...] Des fois ils le disent avant à la famille avant de le dire au patient et après c'est des personnes plus jeunes souvent ils disent directement à la personne.* » (IDE1, L63-66). Samantha précise «... *le patient est incohérent. Si on estime qu'il est incohérent et que là et qu'il ne va pas comprendre l'information on annonce plutôt à la famille avant.* » (IDE2, L32-34). Elle précise que si la présence de la famille est régulière alors le médecin va attendre que la famille soit présente pour annoncer le diagnostic « *Si on voit que la famille est présente tous les jours bien sûr qu'on va attendre que la famille soit là pour l'annonce.* » (IDE2, L122-123). Cependant elle énonce que d'une manière générale, la famille ou la personne de confiance n'est pas forcément attendue afin d'effectuer l'annonce.

Au sujet de la présence d'un référent annonce au sein des services, Samantha et Diana répondent qu'il n'y en a pas. Diana ajoute qu'il faudrait que toute l'équipe le soit. Elle dit « *Non. Parce qu'après on est tous, faudrait que toute l'équipe le soit. Parce qu'on peut pas compter juste sur une personne dans un service de chirurgie vasculaire ...* » (IDE3, L235-236).

Samantha précise qu'une psychologue est présente dans le service si le patient en a le besoin « *On leur propose souvent de voir la psychologue il y a quand même une psychologue dans le service.* » (IDE2, L94-95).

❖ Entretien infirmier

En ce qui concerne l'entretien infirmier réalisé après l'annonce du diagnostic, la majorité des infirmières interrogées confirment qu'un entretien est réalisé avec le patient de façon informelle. Louna dit « *Après l'annonce, on va vers eux et du coup on réexplique bien. On voit si le patient à bien compris on leur réexplique.* » (IDE1, L47-48).

Samantha précise que cet entretien est effectué au moment des soins. Elle dit « ... *c'est vraiment au cours des soins ou au cours du tour. On prend plus de temps au moment du pansement quand même.* » (IDE2, L110-111). C'est un temps qui est long, c'est donc à ce moment-là qu'un dialogue s'instaure.

Diana dit que l'infirmier retourne auprès du patient afin de recueillir le ressenti du patient lié à l'annonce « ...*on repart vers lui parce que on voit très bien à la visite comment soit comment ils encaissent [...] on va revoir derrière voir s'ils ont bien compris si voilà comment ils se ressentent. [...] c'est informel en fait c'est fait dans le cadre du service de notre travail.* » (IDE3, L42-45). Elle précise également que si le patient en exprime le besoin, il est possible de réaliser un entretien.

En ce qui concerne Maria, Maé-Camille et Salomé, elles précisent que l'entretien après l'annonce du diagnostic est effectué de façon informelle lors de l'admission du patient. C'est l'entretien d'admission, le recueil de données. Ce n'est pas un entretien consacré à l'annonce du diagnostic d'amputation. C'est un entretien qui permet de mieux connaître le patient sans pour autant parler directement de l'amputation. Cependant, si le patient en ressent le besoin, il peut s'exprimer à ce sujet. Maé-Camille dit à ce propos « ... *on fait un entretien infirmier à l'accueil on leur demande bah déjà pourquoi ils ont été amputé. Et généralement les patients arrivent... Ils ont pas de mal à nous en parler de leur amputation.* » (IDE5, L19-21). À ce moment-là, l'infirmière demande alors au patient pour quelles raisons il a été amputé. Elle précise qu'à leur arrivée, les patients ont souvent du mal à parler de leur amputation. C'est à ce moment-là que l'infirmier peut faire intervenir un psychologue. Maé-Camille répond qu'elle utilise souvent l'humour afin de remonter le moral du patient.

En ce qui concerne la place de la famille lors de l'entretien, l'ensemble des infirmières évoquent l'impact de la crise sanitaire sur les visites. En effet, les visites ont été interdites durant un certain temps. Cela induit que lors des entretiens infirmiers, les familles n'étaient pas présentes. Cependant Louna indique qu'avant la crise sanitaire, les familles étaient souvent présentes les après-midis et il était possible d'inclure la famille lors de cet entretien. Cela permet de réexpliquer au patient et aux proches ce qu'il va se passer afin de les rassurer. Elle précise que la famille peut être une ressource pour le patient afin de l'aider à accepter l'annonce. Mais elle dit également que parfois, la famille peut être un frein car elle peut également ne pas l'accepter et espérer trouver une autre solution.

Samantha estime que la famille représente une ressource pour le patient. Mais qu'il peut y avoir des familles anxieuses qui génèrent du stress au patient. Diana et Maé-Camille à leur tour soulignent que la famille est prise en compte dans le parcours de soin et qu'elle représente une ressource pour le patient.

Maria dit « ... *ça a été très difficile là ces derniers temps parce qu'on n'avait pas droit aux visites.* » (IDE4, L54). Elle ajoute « ... *il y a des familles qui appelaient quand même.* » (IDE4, L57). Elle explique que depuis quelques jours, les visites ont repris à raison d'une heure par jour. D'après Maria, les patients sont contents de recevoir la visite de leur proche. C'est une épreuve difficile à surmonter. Elle décrit les infirmiers comme étant des personnes importantes dans la prise en charge du patient. Elle ne se met pas à la place de la famille mais estime que les patients, en cette période de restrictions sanitaires, voient majoritairement que des soignants. Elle met en avant les soins relationnels et explique leur importances. Garder le contact et écouter activement le patient.

Salomé précise que les restrictions sanitaires qui ont empêché les patients de recevoir de la visite de leur famille ont engendrées de la colère chez certains. Maé-Camille estime que la famille contribue au bien être psychologique du patient. Elle explique que les interruptions de visites se sont fait ressentir sur le moral des patients.

❖ Formation

Concernant la possibilité d'avoir une formation en lien avec l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé, les infirmières interrogées pensent que des formations doivent exister mais qu'elles n'en ont pas eu. Louna me répond qu'elle pense que des formations existent. Cependant, elle me signale qu'en ce moment les formations sont suspendues en raison de la crise sanitaire. Elle m'informe que le terrain est formateur et qu'elle-même a été « *Formée sur le tas...* » (IDE1, L97)

Samantha dit qu'elle pense qu'il doit y a voir des formations à ce sujet mais aucunes ne leur sont pas proposées « *Non c'est pas proposé.* » (IDE2, L165). Les infirmières estiment qu'une formation serait pertinente.

Samantha répond que la mise en place d'une formation serait intéressante pour les jeunes diplômés mais également pour les plus anciens.

Elle dit « *Oui mais même pour nous hein je pense que ça serait même mieux.* » (IDE2, L183) et ajoute « *...oui je pense que même... même pour... bon avec l'ancienneté on a plus de facilité mais bon je pense que même pour les anciens c'est bien.* » (IDE2, L186-187). Diana ajoute « *Pour moi là c'est sûr que la formation ça m'aide pour prendre en charge le patient pour... Mais après est-ce que... Pour moi oui ça peut aider.* » (IDE3, L77-78). Diana précise qu'avant d'exercer dans ce service, elle a eu une formation d'annonce en oncologie. Cette formation l'aide à prendre en charge les patients dans le service dans lequel elle exerce actuellement. Et elle répond également qu'une annonce s'apprend également en formation en soins infirmiers. En ce qui concerne Maria, elle pense qu'il y a des formations à ce sujet. Cependant elle dit également qu'il n'y pas de formation spécifique « *Donc non y a pas de formation spécifique.* » (IDE4, L104-105).

Maé-Camille trouve qu'une formation serait pertinente. Elle répond qu'elle a effectué son stage préprofessionnel dans son service actuel lors de son cursus de formation en institut de formation de soins infirmiers. Ce stage lui a permis d'observer les différentes prise en charge au sein du service et ainsi se former. Elle dit : « *Malheureusement non. [...] on a fait le prépro ici. Donc on a quand même eu le temps de s'habituer à avoir des patients amputés et à voir comment est la prise en charge . Voir différentes façons de faire avec les patients. Donc nous on bah on prend un petit peu un petit peu par-ci par-là pour essayer de se former et d'être le meilleur possible avec les patients.* » (IDE5, L46-49) et ajoute « *Donc ouais ça serait pas mal. Ça serait bien d'avoir une formation.* » (IDE5, L62-63).

Salomé répond que non, les formations ne sont pas indispensables. Effectivement, elle explique qu'elle a eu des formations qu'elle a décidé de réaliser durant sa carrière en ce qui concerne les plaies et cicatrisations. Elle se pose la question de savoir si c'est réellement nécessaire d'avoir une formation spécifique. Elle suggère qu'il faut connaître les étapes du deuil et qu'au cours de la formation infirmière ces processus sont enseignés. Les infirmières précisent qu'en période de crise sanitaire, les formations ont été interrompues.

5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire que j'ai pu mener m'a permis de répondre à un certain nombre de questions que je me suis posée durant l'élaboration de mon travail. J'ai pu interroger six infirmières dont trois au sein d'un service de chirurgie thoracique et vasculaire (Louna, Samantha et Diana) ainsi que trois au sein d'un service de rééducation (Maria, Maé-Camille et Salomé). Ces entretiens m'ont permis de répondre aux questions que j'ai abordé dans mon guide d'entretien. Après avoir effectué l'analyse de mes données, j'ai fait ressortir des notions prédominantes.

L'annonce d'une amputation est réalisée différemment en fonction du patient. En effet, comme le disent les infirmières interrogées, il y a des annonces plus directes que d'autres. Cela dépend du contexte. Si le patient est en situation aiguë et qu'une urgence d'amputation s'impose, alors l'annonce peut être brutale. L'annonce se fait alors auprès du patient directement en chambre. Que ce soit une chambre double ou simple. Cependant, s'il s'agit d'une amputation qui peut être programmée, qui ne représente pas d'urgence, alors l'annonce peut se faire au cours d'une consultation. Notamment lors d'une prise en charge d'une pathologie chronique, le patient est souvent préparé à cette annonce. En effet, les médecins établissent progressivement le risque d'amputation en cas d'échec thérapeutique. Le type d'annonce dépend donc du contexte et de la situation du patient. Le verdict du diagnostic est alors effectué exclusivement par le médecin. Lors de la visite du médecin en chambre, le médecin peut être accompagné par l'infirmier, l'interne ou l'aide-soignant. L'annonce se fait alors au pied du lit du patient. À ce moment-là, la famille peut être présente. Louna dit « *Alors ça dépend du patient si c'est une personne âgée qui a des enfants. [...] Des fois ils le disent avant la famille avant le dire au patient et après c'est des personnes plus jeunes souvent ils disent directement à la personne.* » (IDE1, L63-66). Cependant, d'une manière générale, la famille ou la personne de confiance n'est pas forcément attendue afin d'effectuer l'annonce.

En ce qui concerne la présence d'un référent annonce au sein des services, les infirmières répondent qu'il n'y en a pas. Diana ajoute que ce n'est pas judicieux d'avoir un seul référent annonce. Elle estime qu'il faudrait que tous les infirmiers soient des référents annonces. En ce qui concerne l'annonce en soit, il en est également ressorti qu'une psychologue est présente dans le service et peut être sollicitée si le patient en ressent le besoin. Un entretien infirmier est réalisé par l'infirmière après l'annonce du diagnostic de façon informelle.

Une nouvelle visite du patient est organisée suite à l'annonce du diagnostic afin de pouvoir évaluer son état psychologique et ainsi constater ce qu'il a retenu. Cet entretien peut se faire lors des soins en service de chirurgie vasculaire. C'est à ce moment-là qu'un dialogue s'instaure avec le patient. En rééducation, un premier entretien est réalisé lors de l'admission du patient. Il permet de faire connaissance. Le patient peut à ce moment-là exprimer son ressenti au sujet de l'amputation. En effet, en rééducation, le patient est déjà amputé. Il peut alors avoir du mal à s'exprimer. Maé-Camille, infirmière en rééducation m'indique alors qu'elle utilise souvent l'humour afin de remonter le moral du patient. Le choix des mots et du mode de communication prend alors son sens. Ces entretiens ont pu faire apparaître la place de la famille dans la prise en charge de patients amputés ou prochainement amputés. La famille peut être présente lors de l'annonce du diagnostic ou lors de l'entretien réalisé par l'infirmier après l'annonce du diagnostic. Cependant, les restrictions sanitaires qui ont eu lieu à ce moment-là ont empêchés les patients de pouvoir recevoir de la visite de leurs proches. Cela s'est fait ressentir, d'après les infirmières, sur le moral des patients. La famille peut être une ressource pour le patient comme elle peut être une source d'angoisse. Intégrer la famille dans le parcours de soin permet de reprendre les informations données par le médecin auprès du patient et de son entourage afin de créer une solidarité et un allié lors de la prise en charge du patient. Cela permet de rassurer le patient et l'entourage. Malgré l'interruption des visites, certaines familles prenaient des nouvelles par téléphone. Maria infirmière en rééducation, « ...*je dirais plutôt que je suis enfin on est quand même quelqu'un d'important. On est là tous les jours. On n'est pas à la famille mais bon on se côtoie tous les jours. On les écoute activement. Des fois on parle des fois non. Et je trouve que c'est important tout ce qui est soins relationnels. De garder ce contact. On fait des soins techniques mais il y a aussi quand même les soins relationnels.* » (IDE4, L170-178). Cela peut insinuer que les soins relationnels permettent d'établir une relation soignant-soigné. L'écoute active et le contact avec le patient est primordiale afin de créer une relation de soin. L'analyse de mon enquête exploratoire m'a également permis d'aborder la question de la formation auprès des infirmiers en ce qui concerne l'annonce d'un diagnostic d'amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé. Les infirmières interrogées n'ont pas reçu de formation à ce sujet. Elles pensent que des formations existent mais n'en sont pas sûres. Cependant elles estiment que cela serait judicieux pour les jeunes diplômées comme les plus anciens diplômés.

Diana, infirmière en chirurgie vasculaire évoque une formation d'annonce en cancérologie. Elle a pu en bénéficier lors de sa carrière professionnelle. Cette formation lui permet de mobiliser des outils afin de mieux prendre en charge les patients. Les infirmières m'informent que la crise sanitaire a interrompu les formations.

La crise sanitaire en lien avec la COVID est énormément ressortie lors des entretiens. Notamment la place de la famille au sein du parcours de soin. La crise sanitaire a interrompu les formations des professionnels soignants. Elle a également créé des restrictions sanitaires qui ont imposées la suspension des visites des familles auprès des patients. On s'aperçoit que dans la plupart des témoignages, la crise sanitaire a un impact néfaste sur le patient et sa prise en charge.

5.8 Limites de l'enquête

Lors de l'élaboration de mon enquête exploratoire, j'ai été confronté au choix de l'outil pour mener à bien mon enquête. J'ai donc choisi l'entretien semi-directif à l'aide d'un guide d'entretien. Ce choix s'est porté sur l'intérêt de laisser le soignant interrogé répondre librement. J'ai choisi d'interroger trois infirmières en service de rééducation et trois en service de chirurgie thoracique et vasculaire. L'élaboration du guide d'entretien a été alors compliqué. En effet, ce ne sont pas les mêmes services et les questions ont dû être reformulées afin d'adapter le guide d'entretien aux deux services. De plus, l'entretien semi-directif est intéressant car il permet au soignant de s'exprimer librement. Cependant, la difficulté est de devoir recentrer et ainsi ne pas s'écarter du sujet principal.

Une des limites de l'enquête est que mon sujet est vaste et je n'ai pas pu aborder tous les sujets que je découvrais au fur et à mesure de mes lectures. J'ai alors dû recentrer et me focaliser sur certains thèmes précis que j'ai développé lors de mes entretiens.

De plus, je souhaitais confronter les témoignages de différents services. Mais cela représentait un travail conséquent et par manque de temps, j'ai dû proposer des entretiens auprès de deux services seulement. J'ai choisi ces deux services car le service de chirurgie thoracique et vasculaire est un service qui reçoit en hospitalisation le patient avant l'amputation et le service de rééducation reçoit le patient après l'amputation. J'ai donc voulu confronter l'avant et l'après de la prise en charge d'une amputation.

Je souhaitais au départ interroger 3 infirmiers diplômés depuis plus de 5 ans et 3 infirmiers diplômés de moins de 5 ans.

Toutefois, j'ai pu interroger 3 infirmières diplômées de plus de 10 ans et 3 de moins de 10 ans. Cela m'a permis d'observer la différence dans la prise de position auprès du patient.

En ce qui concerne l'analyse de mes données, malgré la présence de deux guides d'entretiens différents, j'ai pu recueillir des données correspondant aux mêmes thèmes. Je pense qu'avec les six entretiens que j'ai réalisés, je peux en faire ressortir un avis généralisé au sujet de mes questions proposées lors des entretiens.

6. Problématique

À partir de mes deux situations d'appels j'ai réalisé un questionnement. Les deux situations qui concernent Monsieur T (Situation n°1) et Monsieur M (Situation n°2), m'ont interpellées car c'est la première fois que j'étais confronté à une amputation. J'ai donc assisté à l'annonce d'une amputation lors de la prise en charge de Monsieur M. Je me suis retrouvée dans une situation inconfortable et je ne savais pas comment réagir. Je me suis alors demandé comment pouvions nous annoncer un diagnostic d'amputation de façon optimale. Je me suis alors questionnée quant à la posture soignante que nous devons adopter afin d'accompagner le patient dans son processus d'acceptation du diagnostic d'amputation et de ce qu'elle engendre sur le plan physique et psychologique.

J'ai alors dirigé mes recherches et mes lectures en fonction de la question de départ en composant mon cadre de référence autour de trois parties : l'acceptation de l'annonce d'une amputation ; l'amputation et la modification de l'image corporelle ; la relation soignant-soigné. J'ai pu, à travers différentes lectures, découvrir l'importance de l'annonce d'une maladie lors d'un parcours de soins, l'importance du langage utilisé.

L'élaboration de mon cadre de référence m'a alors permis de préparer mon enquête exploratoire. Lors des entretiens réalisés auprès de six infirmières, j'ai pu observer des différences et des similitudes avec les données recueillies dans mon cadre de référence.

Selon les infirmières interrogées, l'annonce d'une amputation se fait de façon différente. Il y a des annonces plus directes que d'autres. Louna dit « *Alors il y a différentes annonces. Les annonces qui sont un peu plus directes que d'autres.* » (IDE1, L3-4).

L'annonce se fait en chambre, au pied du lit du patient. L'annonce est effectuée par le médecin.

Il peut être accompagné par l'infirmière, l'interne ou l'aide-soignant. Samantha dit «...ça s'effectue dans sa chambre au pied du lit en présence du médecin et au moment général de la visite. En général c'est comme ça ça peut être aussi quand le médecin a décidé de de lui annoncer le matin ça peut être le matin mais c'est plutôt au niveau du tour autour du soir avec les chirurgiens c'est comme ça. » (IDE2, L22-25).

Cela correspond aux recherches que j'ai effectuées dans mon cadre de référence. En effet, selon Ruszniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est réalisée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation d'annonce peut être présidé par un médecin et une infirmière. (2015)

Les infirmières interrogées précisent que la famille pouvait être présente avant les restrictions sanitaires liées à la crise sanitaire. Samantha dit « Si on voit que la famille est présente tous les jours bien sûr qu'on va attendre que la famille soit là pour l'annonce. » (IDE2, L122-123).

Cependant, au moment où je me suis entretenue avec les infirmières, les restrictions sanitaires étaient encore d'actualité. Les visites n'étaient pas autorisées. D'une manière générale, la famille ou la personne de confiance n'est pas forcément attendue afin d'effectuer l'annonce auprès du patient. Samantha dit « On n'attend pas forcément qu'il y ait quelqu'un de la famille ou la personne de confiance. » (IDE2, L126-127).

Cependant, j'observe que la suspension des visites a eu un impact sur le moral des patients. Cela s'est également fait ressentir sur les soignants du fait de la difficulté à mener une relation de soin optimale avec des patients anxieux et tristes de ne pas recevoir de visites. Je me suis alors demandée quel impact avait la crise sanitaire sur le moral des patients et celui des soignants.

Lors de l'entretien j'ai évoqué la question de la présence d'un infirmier référent annonce au sein des équipes. Les infirmières m'ont répondu qu'il n'y en avait pas. Selon, Aline Delahaye, psychologue clinicienne, Hugues Lefort, médecin urgentiste et Patrick Clervoy, chef de service, il est possible d'avoir au sein des équipes soignants un référent annonce. « Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce. » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015). En ce qui concerne la prise en charge multidisciplinaire, les infirmières interrogées à propos de la présence de soignant au moment de l'annonce répondent que le médecin est présent. Il peut également y avoir l'interne, l'infirmière ou l'aide-soignant. De ces entretiens, il en est ressorti qu'une psychologue est présente dans le service et peut être sollicitée si le patient en ressent le besoin.

Selon, Aline Delahaye, Hugues Lefort et Patrick Clervoy « *L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...* » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015). Les auteurs disent également que « *L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]* » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015). Cependant, au moment de l'annonce, le psychologue n'est pas présent. Il peut intervenir par la suite, à la demande du personnel soignant ou du patient.

Suite à mes interviews, à la question de la réalisation d'un entretien infirmier après l'annonce du diagnostic par le médecin, il est apparu que les infirmiers menaient un entretien informel. Il n'y a pas de temps dédié spécifiquement à cet intérêt. Louna dit « *Après l'annonce, on va vers eux et du coup on réexplique bien. On voit si le patient à bien compris on leur réexplique.* » (IDE1, L47-48). Maria dit « *Pas spécialement fait un entretien comme chaque patient qui rentre. Un entretien d'entrée on va dire. On pose des questions générales sur ce qui s'est passé, pourquoi ils viennent là ? Au niveau de l'amputation du coup c'est vrai qu'on demande ce qui s'est passé. On voit très vite si le patient parle un peu de son vécu, ce qui s'est passé. Si on voit qu'il n'est pas, qu'il est discret sur ça, sur cet accident ou sa maladie. On n'en pose pas trop on essaie de voir dans les jours à venir, pendant les pansements par exemple qui peuvent être longs. Là on leur demande.* » (IDE4, L45-50). En service de rééducation, l'entretien réalisé est un entretien d'admission. Il n'est pas dédié au vécu de l'annonce. Cependant, si le patient le désire, il peut se confier quant au vécu de l'annonce d'amputation et de son vécu concernant la prise en charge chirurgicale.

N. Jeannin, C. Pelletti et Dany L, évoquent la notion de temps d'accompagnement soignant « *Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.* » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012). Cet entretien a pour but de reprendre avec le patient ce qui a été dit lors de l'annonce du diagnostic par le médecin. Il permet de s'assurer que le patient a bien compris ce qui lui a été dit. Les infirmières interrogées m'ont également confiées qu'elle n'avait pas de formation particulière en ce qui concerne l'annonce d'un diagnostic d'amputation ou la conduite à tenir en ce qui concerne la prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé. Louna m'informe qu'elle n'a pas eu de formation spécifique. Elle dit qu'elle a été « *Formée sur le tas oui.* » (IDE1, L97). Concernant la formation, Diana dit « *Non. Enfin je pense oui ça doit exister, mais...* » (IDE3, L62).

Maria dit « *Euh oui je pense qu'il y a des formations.* » (IDE4, L93) et ajoute « *... on a plusieurs formations. Moi j'en fais une d'ailleurs en mars mais c'est pas pour les amputations. Mais oui il en existe.* » (IDE4, L94-95). Je me suis rendu compte que les infirmières n'étaient pas forcément informées concernant la formation dédiée à la prise en charge de patients amputés. Samantha dit « *Il doit y avoir des formations annonce. Mais bon après déjà c'est en période de covid donc toutes les formations ont été bloquées.* » (IDE2, L154-155). De plus, la crise sanitaire a eu un impact sur la formation du personnel soignant.

J'ai pu m'apercevoir, à travers une étude menée par Aline Delahaye, Hugues Lefort et Patrick Clervoy, que les infirmiers étaient dépourvus de formation en lien avec l'accompagnement psychologique lors d'une annonce de diagnostic.

N. Jeannin, C. Pelletti et Dany L, parlent du manque de formation des infirmiers « *Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation.* » (2012). Cette formation permettrait aux soignants d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « *dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ.* » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012).

Selon Ruzsniewski et Rabier, l'infirmière dans ce cas joue un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien et un accompagnement auprès du patient. (2015). Afin de mener à bien son accompagnement, l'infirmière a besoin de construire une relation avec le patient. Maria dit « *...je dirais plutôt que je suis enfin on est quand même quelqu'un d'important. On est là tous les jours. On n'est pas à la famille mais bon on se côtoie tous les jours. On les écoute activement. Des fois on parle des fois non. Et je trouve que c'est important tout ce qui est soins relationnels. De garder ce contact. On fait des soins techniques mais il y a aussi quand même les soins relationnels.* » (IDE4, L170-178). Elle explique que les soins relationnels sont nécessaires dans la prise en charge de patients amputé. Et qu'il ne s'agit pas seulement d'effectuer des soins techniques afin de prendre en soin un patient. Alexandre Manoukian, psychologue clinicien, dans son ouvrage intitulé « *La relation soignant-soigné* », explique que la relation soignant-soigné a un sens.

C'est le contexte qui détermine le sens de cette relation. Le soignant porte de l'intérêt au patient et ce n'est pas pour autant qu'une amitié se crée. Cela relève donc du professionnalisme. Le sens de la relation est différent selon le contexte. Ce contexte permet au soignant d'adopter une attitude et des paroles envers le patient. Et ainsi d'entamer la relation d'aide. Selon l'auteur, « *La relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle* » (2014, p.53). Le contexte au moment de la réalisation de mes entretiens était en lien avec la crise sanitaire. Maria dit « ... *ça a été très difficile là ces derniers temps parce qu'on n'avait pas droit aux visites.* » (IDE4, L54). Diana dit « *Alors oui elle est prise en compte bien sûr la famille. Mais bon après c'est d'abord le patient et puis voilà si la famille a besoin aussi enfin voilà... Malheureusement dans le cadre du COVID c'est plus compliqué avec les visites qui sont pas autorisés c'est quand même beaucoup plus compliqué ...* » (IDE3, L49-52).

Je pense qu'il est difficile d'établir un lien de confiance et ainsi créer une relation soignant-soigné avec un patient qui est impacté par les restrictions sanitaires dans un moment difficile de sa vie. Comment le soignant peut trouver les clés afin de désamorcer ce genre de situations complexes. Une formation concernant l'annonce d'un diagnostic et la prise en charge de patient amputé doit-elle être imposée aux soignants. En débutant mon travail, je me suis orientée vers une problématique qui m'a poussé à rechercher le lien entre la relation soignant-soigné et le processus d'acceptation de l'annonce d'une amputation et de la modification de l'image corporelle du patient. Je me rends compte en ayant réalisé mes entretiens auprès d'infirmières, que la place de la famille est très souvent primordiale dans l'acceptation d'un diagnostic. La place de la famille et de l'entourage. Maé-Camille dit « ... *on en besoin des familles pour le patient.* » (IDE5, L83). Mais également la place de la prise en charge psychologique du patient qui parfois est plus importante que la prise en charge physique du patient.

Dans l'article « *L'annonce du diagnostic d'amputation* » de Florian Nicolas, interne en psychiatrie, Aline Delahaye, psychologue clinicienne, Hugues Lefort, médecin urgentiste et Patrick Clervoy, chef de service, les auteurs évoquent la notion « *d'art difficile* » (2015) qu'est l'annonce d'un diagnostic. D'autant plus qu'une amputation induit une modification de l'image corporelle. Ce diagnostic est un événement au « *potentiel traumatique* » (2015). C'est pourquoi une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire. Notamment en instaurant une prise en charge psychologique. Comme le disent les auteurs dans cet article, les patients « *nécessitent un travail de réaménagement psychique* » (2015).

Le psychologue ou le psychiatre intervient pour accompagner le patient après l'annonce du diagnostic d'amputation qui est identifié comme un « *après-coup* » (2015). Maé-Camille dit « *On sait très bien que bon parfois ça va pas et parfois ils sont par exemple plus froid avec nous. Et donc au staff on demande par exemple à la psychologue d'aller les voir des choses comme ça.* » (IDE5, L25-27). La prise en charge psychologique peut être instaurée dans le parcours de soin selon l'état du patient. Les soins relationnels infirmiers sont alors nécessaires afin de prendre en charge le patient dans sa globalité. Maria précise l'importance des soins relationnels dans la prise en charge du patient. Elle dit « *...je dirais plutôt que je suis enfin on est quand même quelqu'un d'important. On est là tous les jours. On n'est pas à la famille mais bon on se côtoie tous les jours. On les écoute activement. Des fois on se parle des fois non. Et je trouve que c'est important tout ce qui est soins relationnels. De garder ce contact. On fait des soins techniques mais il y a aussi quand même les soins relationnels.* » (IDE4, L170-178).

7. Question de recherche

La question de recherche est la suivante :

Les soins relationnels infirmiers sont-ils une clé dans l'accompagnement du processus d'acceptation auprès d'un patient avant et après son amputation ?

8. Conclusion

Afin de mener à bien mon travail de fin d'études, j'ai décidé d'évoquer deux situations que j'ai vécu en stage lors de ma deuxième année de formation. Ces situations m'ont touchées et m'ont permis de débiter ce travail. J'ai décidé après avoir réalisé mes lectures de procéder à une enquête exploratoire en utilisant la méthode de l'entretien semi-directifs. Cette méthode m'a aidé à guider mon entretien tout en laissant le soignant s'exprimer librement. J'ai pu confronter différentes visions de soignants travaillant dans deux services différents. Je me suis rendue compte que le métier d'infirmier est un métier qui nécessite une formation continue. Le champs d'action de l'infirmière est grand. Selon le service et la spécialité, des spécificités sont à connaître. Je pense que la formation doit être plus élargie au soignant.

De plus, mon travail de fin d'études a révélé l'importance de la place du soignant auprès du patient dans son parcours de soin. Il m'a permis de me positionner en tant que future infirmière.

J'ai pu grâce à mes recherches et à mes lectures me rendre compte de l'importance des mots que j'emploie lors de la prise en charge de patient.

Ce travail me permet dès à présent d'appliquer des concepts tels que le choix du langage, l'écoute active, l'empathie et bien d'autres encore. Actuellement en stage préprofessionnel, j'ai pu récemment rencontrer une situation avec un patient qui s'est vu annoncer une amputation du pied. J'ai alors eu l'occasion d'appliquer mes savoirs acquis lors de la rédaction de mon travail de fin d'études. Je me suis alors positionnée en tant que future infirmière et j'ai su être professionnelle face à la situation.

9. Bibliographie

- Alanson, E. (2020). Manuel pratique de l'amputation des membres. Traduit de l'anglais. Vanves, France : Hachette Livre.
- Anne, M. (2015). Se reconstruire après une amputation. *La Revue de l'Infirmière*, 64 (209), 29. En ligne <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2014.12.012>, consulté le 21 septembre 2021.
- Antoine, C., & Angel, S. (2008). *Petit Larousse de la psychologie*. Paris, France : Larousse.
- Bioy, A., & Fouques, D. (2002). *Manuel de psychologie du soin*. Rosny, France : Bréal.
- Brune, C. (2020). Retentissement familial face à un proche nouvellement amputé. *L'Aide-Soignante*, 34(220), 18-21. En ligne <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2020.08.015>, consulté le 25 septembre 2021.
- Clavel, S. (2008). L'amputation des pieds diabétiques est-elle inévitable ? *La Revue de l'Infirmière*. En ligne <https://www-em-remiumcom.lama.univamu.fr/article/184178/resultatrecherche/1>, consulté le 25 septembre 2021.
- CNRTL. (2012). AMPUTATION : Définition de AMPUTATION. En ligne <https://www.cnrtl.fr/definition/amputation>, consulté le 28 février 2022.
- Combessie, J. C. (2007). La méthode en sociologie. *Repères*. Paris: La Découverte.
- Combessie, J-C. (2007) *II. L'entretien semi-directif*.
En ligne <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24.htm?contenu=article>, consulté le 4 novembre 2021.
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie*. En ligne https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie, consulté le 30 janvier 2022.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34.
En ligne <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>, consulté le 28 décembre 2021.

- Jeannin, N., Pelletti, C., & L, D. (2012). La profession infirmière face à l'annonce en cancérologie : place et enjeux de la dimension psychologique. *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 43(3), 177-185. En ligne <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2012-3-page-177.htm?contenu=article>, consulté le 15 septembre 2022.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Sur le chagrin et sur le deuil*. Paris, France : Pocket.
- Larousse, Ã. (s. d.). *Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. En ligne <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>, consulté le 25 septembre 2021.
- Le pied diabétique*. (2014, 11 décembre). Diabète Québec. En ligne <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/le-pied-diabetique/>, consulté le 30 janvier 2022.
- Le Robert (s.d.). *Empathie - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples*. En ligne <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/empathie>, consulté le 25 septembre 2021.
- Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné* (4^e éd.). Rueil-Malmaison, France : Lamarre édition.
- Marzano, M. (2007). *Dictionnaire du corps*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Marzano, M. (2013). *La philosophie du corps* (3^e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné* (2002) (1^{re} éd.). Paris, France : Seli Arslan.
- Moley-Massol, I. (2004). *L'annonce d'une maladie. Une parole qui engage*. Saint-Amand-Montrond, France : DaTeBe.
- Nicolas, F., Delahaye, A., Lefort, H., & Clervoy, P. (2015). L'annonce du diagnostic d'amputation. *La Revue de l'Infirmière*, 64(209), 22. En ligne <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2014.12.008>, consulté le 21 octobre 2021.
- Pédelaborde, Q., & Cluzeaud, F. (2020). Accompagnement psychologique après une amputation. *L'Aide-Soignante*, 34(220), 16-17. En ligne <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2020.08.014>, consulté le 21 octobre 2021.
- Ruszniewski, M. & Rabier, G. (2015), *L'annonce. Dire la maladie grave*. Paris, France : Dunod.
- Sant, M. (2022). *L'infirmière auprès du patient amputé [Dessin]*.

- Sauvanet, J.-P. (2014). Le pied diabétique : conséquences économiques et sociétales. *La Revue de l'Infirmière*. En ligne <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/928101/resultatrecherche/1>, consulté en ligne le 22 octobre 2021.
- Simon, E. (2012). Empathie. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 168-171). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. En ligne <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0168>", consulté le 21 septembre 2021.
- Tessier, P. (2015). *Le corps accidenté*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Thomas-Pohl, M., Rogez, D., Truffaut-Laude, S., & Lapeyre, R. (2015). L'amputation, une prise en charge multidisciplinaire. *La Revue de l'Infirmière*, 64(209), 16-18. En ligne <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2014.12.006>, consulté le 20 octobre 2021.

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien.....	I
Annexe II : Grille d'analyse.....	III
Annexe III : Retranscription des entretiens.....	LV
Annexe IV : Demande et autorisations des entretiens.....	CIV
Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études.....	CVIII

Annexe I : Guide d'entretien

Le guide d'entretien utilisé en chirurgie :

1. Dans votre service, comment se déroule l'annonce d'une amputation auprès du patient ?
(Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ? Au sein du service, y a-t-il un référent annonce ?)
2. Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient après l'annonce du diagnostic ?
(Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?)
3. Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé ?
4. Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ?
5. Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ?

Le guide d'entretien adapté à la rééducation :

1. Racontez-moi une prise en charge où un patient amputé vous a parlé de l'annonce de l'amputation. (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ? Au sein du service, y a-t-il un référent annonce ?)
2. Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient lors de son admission dans votre service autour du vécu de l'annonce du diagnostic ? (Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?)
3. Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ?
4. Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ?
5. Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ?

Annexe II : Grille d'analyse

Analyse d'entretiens :

1 Grille d'analyse entretien par entretien : dépouillement des données

IDE 1 : Louna / date de DE :6 ans / date d'ancienneté : 6 ans

Question	Cadre de référence	Verbatim (discours)
Q1 « Dans votre service, comment se déroule l'annonce d'une amputation auprès du patient ? (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ? Au sein du service, y a-t-il un référent annonce ?) »	<p>« <i>Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet.</i> » (Moley-Massol, 2004, p. 16).</p> <p>« <i>Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires.</i> » et « <i>Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence</i> ». (Moley-Massol, 2004, p. 18).</p> <p>L'annonce va permettre de « <i>contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social</i> » (2015, p. 235).</p> <p>« <i>L'annonce d'un diagnostic est un art difficile</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p>	<p>« <i>Alors il y a différentes annonces. Les annonces qui sont un peu plus directes que d'autres.</i> » L3-4</p> <p>« <i>...ils peuvent être préparés quand même avant</i> » L10</p> <p>« <i>...ils s'attendent plus ou moins à l'amputation</i> » L13</p> <p>« <i>...c'est pendant une visite avec les médecins donc autour du lit c'est pas une consultation programmée exprès pour l'annonce de l'amputation.</i> » L18-20</p> <p>« <i>...on leur dit à la visite [...] qu'il n'y aura pas d'autres choix que d'amputer.</i> » L16-18</p> <p>« <i>Donc là dans ce cadre-là si c'est pendant une visite avec les médecins donc autour du lit c'est pas une consultation programmée exprès pour l'annonce de l'amputation.</i> » L18-20</p> <p>« <i>... des patients qui reviennent et ça peut être annoncé en consultation.</i> » L28-29</p>

	<p>« <i>L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce.</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>Selon Ruszniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation d'annonce peut être présidée par un médecin et une infirmière. (2015)</p> <p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</p>	<p>« <i>... il y a le médecin (le chirurgien), souvent c'est à la visite. Il y a au moins le chirurgien, l'infirmière et il y a l'interne.</i> » L37-38</p> <p>« <i>La famille, en ce moment c'est compliqué vu qu'il y a le covid. Il n'y a pas de visite. Donc en ce moment non. Et avant ça peut arriver si à ce moment-là la famille est là.</i> » L40-42</p> <p>« <i>Alors ça dépend du patient si c'est une personne âgée qui a des enfants. [...] Des fois ils le disent avant la famille avant le dire au patient et après c'est des personnes plus jeunes souvent ils disent directement à la personne.</i> » L63-66</p> <p>« <i>...ils annoncent ça au pied du lit du patient.</i> » L100</p> <p>« <i>...ça m'a un peu choqué qu'ils annoncent ça dans la chambre du patient. Qu'il n'y ait pas une consultation faite exprès...</i> » L102-103</p> <p>« <i>C'est l'annonce qui a... enfin moi ça me choquait un peu d'annoncer ça au pied du lit du patient. Je me disais il y a... souvent il y a quelqu'un à côté. Et puis le patient on lui dit ça puis on le laisse, on part.</i> » L187-189</p> <p>« <i>Oui en chambre double pas forcément des chambres seules. Et c'est vrai que moi je voyais... Que ce soit amené avec les psychologues tout ça... Mais souvent c'est vrai que c'est dit lors de la visite. Les chirurgiens</i></p>
--	--	---

		annoncent ça et puis partent faire les autres patients. » L191-193
Q2 « Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient après l'annonce du diagnostic ? (Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?) »	<p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p> <p>Selon Ruszniewski et Rabier, l'infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien et un accompagnement auprès du patient. (2015)</p>	<p>« ...on finit la visite et après avec eux bien sûr on reprend derrière. » L20-21</p> <p>« <i>Donc on va les voir on leur demande s'ils ont bien intégré ce qui a été dit.</i> » L21-22</p> <p>« <i>Après l'annonce, on va vers eux et du coup on réexplique bien. On voit si le patient a bien compris on leur réexplique.</i> » L47-48</p> <p>« <i>Alors le jour même et après souvent ils en reparlent quand même les patients. [...] on fait appeler aussi à des psychologues...</i> » L53-54</p> <p>« ...il y a les patients qui demandent à voir quelqu'un. » L58-59</p> <p>« <i>Donc d'où le rôle important du coup de l'infirmière de bien reprendre avec le patient. D'être là pour lui derrière.</i> » L105-106</p> <p>« ... il n'y avait pas le COVID. [...] il y avait des entretiens avec oui elle les voyait [...] on pouvait voir la famille en même temps le patient l'après-midi. Bien reprendre avec eux. » L153-155</p> <p>« <i>Alors ça peut être une ressource parce que ça peut aider la personne à mieux l'accepter...</i> » L158</p>

		<p>« Des fois la famille qui ne veulent pas amputer qui veulent réessayer de revasculariser. Qui freinent un petit peu sur ça. » L163-164</p> <p>« ... nous bah on est obligé d'aller revoir pour reprendre avec eux surtout... » L193-194</p> <p>« Après on a plus d'expérience pour rassurer les patients pour partager avec eux sur ce qui est déjà arrivé et voir avec eux leur rééducation, leur montrer tout ce qui est possible quoi. » L200-201</p>
<p>Q3 « Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé ? »</p>	<p>« Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. » (2012). Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ. » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</p>	<p>« Alors je pense qu'on doit avoir des formations possibles. Là je sais qu'en ce moment toutes les formations c'est un peu bloqué avec le COVID. Mais j'avoue que je ne me suis pas renseignée mais il doit y avoir des formations possibles. » L93-95</p> <p>« Formée sur le tas oui. » L97</p>
<p>Q4 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ? »</p>		<p>« ... toutes se déroulent quand même bien normalement dans l'ensemble. » L113</p> <p>« ... on a un patient actuellement, qui avait du coup une artériopathie AOMI à un stade. C'est à dire ils ont des plaies. Il avait des plaies nécrotiques. Et en fait ils n'ont pas pu revasculariser. Donc du coup ils l'ont amputé. Et là il va beaucoup mieux depuis qu'il est amputé parce qu'il a beaucoup moins de douleur. » L113-117</p>

		<p>« Ca cicatrise bien et après on attend un centre de rééducation. » L118-119</p> <p>« Il accepte bien ouais. Là il marche avec un déambulateur sur une jambe ça se passe bien. » L121</p> <p>« ... il languissait de se faire opérer justement ce qu'il tenait plus au niveau de la douleur. » L132-133</p>
<p>Q5 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? »</p>		<p>« ...elle avait aucun souci au niveau des artères mais en fait elle a eu un problème cardiaque du coup elle a... il y a des embolies qui sont parties et un qui est parti dans l'artère. Donc là c'était subitement quoi qu'elle a dû être amputé. [...]c'était une dame de 45 ans. » L67-70</p> <p>« ...cette dame dont je parlais, ça a quand même été difficile pour elle. [...] c'est arrivé brutalement. Parce qu'elle avait aucun soucis de santé. Une dame assez jeune. [...] il y a un embolie qui est partie dans son artère. Ils ont dû l'amputer. Et elle c'est sa vie qui a basculé un peu du jour au lendemain. Donc ça a été plus dur pour elle de l'accepter. Et après elle a aussi des enfants donc il y a pour toute la famille aussi ça a été dur à accepter. Après voilà elle se remettait en question sur son travail [...] comment ça aller se passer... » L140-146</p> <p>« Ça ne se passe pas toujours bien non plus les annonces. » L195-196</p>

IDE 2 : Samantha / date de DE : 10 ans / date d'ancienneté : 10 ans

Question	Cadre de référence	Verbatim (discours)
<p>Q1 « Dans votre service, comment se déroule l'annonce d'une amputation auprès du patient ? (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ? Au sein du service, y a-t-il un référent annonce ?) »</p>	<p>« <i>Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet.</i> » (Moley-Massol, 2004, p. 16).</p> <p>« <i>Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires.</i> » et « <i>Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence</i> ». (Moley-Massol, 2004, p. 18).</p> <p>L'annonce va permettre de « <i>contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social</i> » (2015, p. 235).</p> <p>« <i>L'annonce d'un diagnostic est un art difficile</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce.</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p>	<p>«...ça s'effectue dans sa chambre au pied du lit en présence du médecin et au moment général de la visite. En général c'est comme ça ça peut être aussi quand le médecin a décidé de de lui annoncer le matin ça peut être le matin mais c'est plutôt au niveau du tour autour du soir avec les chirurgiens c'est comme ça. » L22-25</p> <p>« <i>L'infirmier, le chirurgien et en général il y a interne.</i> » L27</p> <p>« <i>Si le patient n'est pas cohérent on prévient souvent l'entourage mais c'est pas forcément avec le patient.</i> » L29-30</p> <p>«... le patient est incohérent. Si on estime qu'il est incohérent et que là et qu'il ne va pas comprendre l'information on annonce plutôt à la famille avant. » L32-34</p> <p>« <i>...c'est très rare qu'un patient arrive qu'on l'a jamais opéré, on n'a jamais fait d'angioplastie [...]C'est rare qu'il arrive qu'il n'a jamais été opéré qu'il sait pas qu'il a un AOMI et d'un coup on décide d'amputer ça arrive hein je dis pas mais c'est très rare donc l'annonce elle n'est pas là dans ces cas-là l'annonce elle va être choquante. Parce que c'est un patient qui n'a jamais été opéré il était même pas au courant qu'il avait une maladie et d'un coup on va lui annoncer qu'il va être amputé donc là dans ces</i></p>

	<p>Selon Ruzniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation d'annonce peut être présidée par un médecin et une infirmière. (2015)</p> <p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p>	<p><i>cas-là on prend une précaution particulière [...]le chirurgien vient déjà il va commencer par lui annoncer peut être que ça plaît n'est pas jolie qu'il va falloir réfléchir et après bon on annonce le diagnostic. Mais après c'est souvent c'est des patients qu'on a déjà opéré ils savent qu'ils ont une AOMI. On leur a déjà fait une angioplastie d'ailleurs on leur on leur a fait peut être un pontage et ils savent que en général si ces chirurgies ne marchent pas on finit par être amputé. Donc déjà ils ont cette notion d'amputation dans leur tête souvent.</i> » L43-56</p> <p>« <i>...on va leur dire clairement au pied du lit...</i> » L59</p> <p>« <i>Non il n'y a pas de référent infirmier.</i> » L65</p> <p>« <i>On n'a pas de salle non plus dédiée. C'est vraiment au c'est vraiment lors de la visite hein c'est vrai qu'on n'a pas de salle spéciale comme ça peut être en cancérologie où il y a une annonce faite...</i> » L65-67</p> <p>« <i>On l'annonce en chambre double de la même manière...</i> » L72</p> <p>« <i>... l'annonce est faite par le chirurgien et nous-mêmes. Enfin on est présent.</i> » L93-94</p> <p>« <i>On leur propose souvent de voir la psychologue il y a quand même une psychologue dans le service.</i> » L94-95</p>
--	---	---

		<p>« Si on voit que la famille est présente tous les jours bien sûr qu'on va attendre que la famille soit là pour l'annonce. » L122-123</p> <p>« On n'attend pas forcément qu'il y ait quelqu'un de la famille ou la personne de confiance. » L126-127</p>
<p>Q2 « Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient après l'annonce du diagnostic ? (Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?) »</p>	<p>« Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients. » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p> <p>Selon Ruszniewski et Rabier, l'infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien et un accompagnement auprès du patient. (2015)</p>	<p>« Et puis après nous c'est au moment des pansements, [...] c'est un peu long parce qu'en amputation donc c'est là où on parle avec eux. On leur demande le moral, comment ça va ? S'ils ont des douleurs ? S'ils sentent encore la jambe ? Donc c'est à ce moment-là qu'il se confie. » L99-102</p> <p>« ... après qu'ils sont amputé c'est le moment du pansement, c'est assez long. On leur parle hein... On leur demande leur moral. » L104-105</p> <p>« ... c'est vraiment au cours des soins ou au cours du tour. On prend plus de temps au moment du pansement quand même. » L110-111</p> <p>« Alors là c'est un peu particulier parce qu'on est en période de Covid donc les visites sont interdites. [...] Donc il n'y a pas forcément la famille qui était là. Ils prennent des nouvelles quand même par téléphone. Mais après ça dépend les gens. La place de la famille, je dirais ça dépend. » L118-121</p> <p>« Oui ça peut l'être oui c'est une ressource. Après il y en a ils sont anxieux. Voilà ça rajoute</p>

		<p>de l'anxiété au patient. [...] ils leur remontent le moral. » L138-140</p> <p>« ...on est là quand l'annonce est faite pour les guider, pour les reconforter si on peut. » L279-280</p>
<p>Q3 « Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé ? »</p>	<p>« Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. » (2012). Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ. » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</p>	<p>« Il doit y avoir des formations annonce. Mais bon après déjà c'est en période de covid donc toutes les formations ont été bloquées. » L154-155</p> <p>« Beh la possibilité je pense qui on peut en avoir une mais... mais après... » L163</p> <p>« Non c'est pas proposé. » L165</p> <p>« ...j'ai le souvenir d'être jeune diplômé d'avoir mon premier patient jeune qui arrive. Qui n'a jamais été opéré. Et on doit lui annoncer qu'il doit être amputé. Et j'ai dit à ma collègue s'il te plaît, lors de l'annonce est-ce que tu ne peux pas y aller ? Parce que je ne me sentais pas d'y être. Maintenant ça va mieux mais je me rappelle au début ça a été [...] parce que je me dis il va pleurer je ne vais pas savoir quoi dire... ouais je me souviens que [...] j'étais en difficulté. » L174-179</p> <p>« Oui mais même pour nous hein je pense que ça serait même mieux. » L183</p> <p>« ...ouï je pense que même... même pour... bon avec l'ancienneté on a plus de facilité mais bon</p>

		<p><i>je pense que même pour les anciens c'est bien. »</i> L186-187</p> <p><i>« Il y a l'expérience et le savoir-vivre aussi. »</i> L197</p>
<p>Q4 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ? »</p>		<p><i>« Un patient qui vient plusieurs fois il a eu une angio, il a eu un pontage. Et... beh il revient parce que ça reboucher et qu'il a tellement mal au pied qu'il languit d'être amputé. »</i> L200-201</p> <p><i>« ... il m'a dit « je préfère être amputé parce que j'ai tellement mal »... »</i> L204</p>
<p>Q5 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? »</p>		<p><i>« C'est souvent les patients dialysés . Qui en ont déjà marre de leur dialyse alors quand on leur apprend qu'il y a une ampute derrière [...] j'ai un patient [...] dialysé qui venait déjà pour des fistules. À qui on a déjà amputé et qui l'a mal vécu hein. »</i> L234-236</p> <p><i>« ... il dialyse déjà 3 fois par semaine donc se retrouver avec une jambe en moins ça a été compliqué. [...]ça a été très compliqué pour lui. [...] il est resté un petit peu plus parce qu'il était dialysé et on n'avait pas le SSR de suite. »</i> L238-242</p> <p><i>« Il était vraiment démoralisé. »</i> L247</p> <p><i>« Oui quand se passe comme ça on téléphone on appelle la famille, on leur demander de passer [...] Des fois ça peut leur remonter le moral. Et</i></p>

		mais voilà là ça n'avait strictement rien fait. » L251-253
--	--	---

IDE 3 : Diana / date de DE : 10 ans / date d'ancienneté : 3 ans

Question	Cadre de référence	Verbatim (discours)
Q1 « Dans votre service, comment se déroule l'annonce d'une amputation auprès du patient ? (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ? Au sein du service, y a-t-il un référent annonce ?) »	<p>« <i>Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet.</i> » (Moley-Massol, 2004, p. 16).</p> <p>« <i>Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires.</i> » et « <i>Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence</i> ». (Moley-Massol, 2004, p. 18).</p> <p>L'annonce va permettre de « <i>contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social</i> » (2015, p. 235).</p> <p>« <i>L'annonce d'un diagnostic est un art difficile</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p>	<p>« <i>Alors c'est d'abord le chirurgien qui l'annonce. Voilà c'est le chirurgien qui fait qui fait l'annonce de l'amputation.</i> » L6-7</p> <p>« <i>Après bah ça dépend quand on fait l'annonce de l'amputation en général c'est à l'annonce de la visite du soir.</i> » L11-12</p> <p>« <i>Quand c'est une amputation programmée ça se fait en consultation en amont.</i> » L. 12 à 13</p> <p>« <i>L'interne s'il est là.</i> » L19</p> <p>« <i>... il peut y avoir aussi l'aide-soignante quand elle fait de la visite du soir ...</i> » L21</p> <p>« <i>... on peut faire appel à une psychologue.</i> » L172</p> <p>« <i>Non. Parce qu'après on est tous, faudrait que toute l'équipe le soit. Parce qu'on peut pas compter juste sur une personne dans un service de chirurgie vasculaire ...</i> » L235-236</p> <p>« <i>... quand c'est annoncé dans la chambre malheureusement c'est qu'ils sont déjà dans un état de soit d'ischémie aigue...</i> » L262-263</p>

	<p>« <i>Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce.</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>Selon Ruzzniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation d'annonce peut être présidée par un médecin et une infirmière. (2015)</p> <p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p>	
<p>Q2 « Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient après l'annonce du diagnostic ? (Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?) »</p>	<p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p> <p>Selon Ruzzniewski et Rabier, l'infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien et un accompagnement auprès du patient. (2015)</p>	<p>« <i>Quand ils en ont besoin oui.</i> » L38</p> <p>« <i>...c'est pas un entretien formel hein c'est plutôt informel.</i> » L38-39</p> <p>« <i>...on repart vers lui parce que on voit très bien à la visite comment soit comment ils encaissent [...] on va revoir derrière voir s'ils ont bien compris si voilà comment ils se ressentent. [...] c'est informel en fait c'est fait dans le cadre du service de notre travail.</i> » L42-45</p> <p>« <i>Alors oui elle est prise en compte bien sûr la famille. Mais bon après c'est d'abord le patient et puis voilà si la famille a besoin aussi enfin voilà... Malheureusement dans le cadre du COVID c'est plus compliqué avec les visites qui</i></p>

		<i>sont pas autorisés c'est quand même beaucoup plus compliqué ... » L49-52</i>
<p>Q3 « Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé ? »</p>	<p><i>« Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. » (2012). Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ. » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</i></p>	<p><i>« Non. » L59</i></p> <p><i>« Non. Enfin je pense oui ça doit exister, mais... » L62</i></p> <p><i>« Dans ce service, non. » L68</i></p> <p><i>« Oui avant d'arriver ici j'ai une formation d'annonce mais en cancérologie donc... » L72</i></p> <p><i>« Pour moi là c'est sûr que la formation ça m'aide pour prendre en charge le patient pour... Mais après est-ce que... Pour moi oui ça peut aider. » L77-78</i></p> <p><i>« Oui les clés pour l'écoute, pour employer les mots... les mots qu'il faut. » L80</i></p> <p><i>« Beh après ça s'apprend aussi à l'école hein... Une annonce... enfin voilà. L'empathie, l'écoute... » L241-242</i></p>
<p>Q4 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ? »</p>		<p><i>«... un patient qui rentre d'abord pour une artériographie. Donc il passe en artériographie. On voit que beh il n'y a pas il y a rien à faire. Pas d'intervention possible à part l'amputation. Donc l'annonce a été faite le lendemain de son artériographie. La date de son bloc a été... a été fixé. Le patient qui l'a qui qui s'y attendait un peu en fait hein qui s'y attendait un peu. Il a été opéré. Prise en charge opératoire, très bien. Aucune douleur après. Cicatrisation parfaite.</i></p>

		<p><i>Très volontaire et du coup bien préparé aussi en amont du coup qui... qui bah niveau autonomie et tout ça... a très bien pu se prendre en charge après du coup les suites ont été favorables en fait. » L87-94</i></p> <p><i>« Ça c'est les prises en charge quand même un peu parfaites. Donc qu'ils ont le temps de passer l'artériographie que plutôt un patient qui arrive en ischémie aiguë et que là ce sera voilà ... qu'il a... l'amputation est direct parce qu'il arrive déjà en ischémie aigue et voilà. » L103-105</i></p> <p><i>« Il a bien accepté. Ça s'est bien déroulé. » L108</i></p>
<p>Q5 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? »</p>		<p><i>« ...le dernier que j'ai eu c'était un patient insuffisant rénal, dialysé, diabétique qui arrive avec une plaie chronique qui ne cicatrisait pas. [...] on savait qu'il venait pour être amputé. Donc il est arrivé, mais en programmation pour une amputation en trans tibiale. Patient âgé. Qui était un peu désorienté mais pas... qui vivait quand même à la maison avec des aides et tout ça. [...] la plaie était bien remonté sur tout le pied et au niveau de de la malléole mais en fait l'amputation trans tibiale n'a pas fonctionné. L'infection était beaucoup plus importante. On a laissé une chance de cicatrisation trans tibiale mais qui a pas fonctionné. Le patient en cours d'hospitalisation du coup et avec l'anesthésie été un peu plus désorienté du coup ne comprenait pas trop ce qui lui arrivait. Il tentait de se lever parce qu'il pensait encore qu'il avait son pied. Du coup pour la prise en charge après qui a été</i></p>

		<p><i>compliqué c'est que bah la cicatrice c'est infecté. Du coup on a dû lui réannoncer que là il fallait amputer mais beaucoup plus haut en trans fémorale. Et là en fait ça a été compliqué pour lui et sa famille [...] Il pensait qu'il pourrait retourner à la maison après, après une petite rééducation. Et du coup là ça a été compliqué parce que du coup après l'amputation trans fémorale a fait que le patient s'est un peu dégradé physiquement. Et surtout moralement. » L124-141</i></p> <p><i>« Après c'était un patient dialysé. C'est toujours un peu plus compliqué pour aller dans des centres de rééducation qui prennent en charge les amputations. Et puis beh là c'est surtout qu'il fallait annoncer à la famille qu'il ne serait pas appareillable en fait. » L152-155</i></p> <p><i>« ... du coup il n'a pas pu retourner chez lui. Il est parti dans un centre de rééducation vers Marseille. Du coup il fallait lui changer son centre de dialyse. Parce qu'il dialysait vers Orange. Et là il n'y a pas de centre qui le prenait en charge sa dialyse. Parce qu'après ça coûte cher pour les centres de rééducation. Donc du coup-là il est parti vers Marseille en centre de rééducation. Ce qui a fait qu'il s'est éloigné de tout son domicile, ses habitudes... » L157-161</i></p>
--	--	---

IDE 4 : Maria / date de DE : 1 an / date d'ancienneté : 6 mois

Question	Cadre de référence	Verbatim (discours)
----------	--------------------	---------------------

<p>Q1 « Racontez-moi une prise en charge où un patient amputé vous a parlé de l'annonce de l'amputation. (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ?)»</p>	<p>« <i>Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet.</i> » (Moley-Massol, 2004, p. 16).</p> <p>« <i>Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires.</i> » et « <i>Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence</i> ». (Moley-Massol, 2004, p. 18).</p> <p>L'annonce va permettre de « <i>contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social</i> » (2015, p. 235).</p> <p>« <i>L'annonce d'un diagnostic est un art difficile</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce.</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>Selon Ruszniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation</p>	<p>«...il y en a un c'était une insuffisance rénale. [...] Beh ça a été un peu plus facile on va dire parce que quand c'est par rapport à une maladie ils s'y attendent un petit peu. » L24-26</p> <p>« <i>S'il n'y a pas d'amélioration, beh ils disent qu'il y aura sûrement l'amputation.</i> » L28-29</p> <p>« <i>On a le psychologue. Si jamais je vois qu'ils ont vraiment des difficultés à en parler ou même il y en a certains qui demandent carrément.</i> » L67-68</p> <p>« <i>C'est le médecin.</i> » L190</p> <p>« <i>... c'est eux qui les annoncent.</i> » L194-195</p> <p>« <i>Oui en chambre.</i> » L197</p>
---	--	---

	<p>d'annonce peut être présidé par un médecin et une infirmière. (2015)</p> <p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p>	
<p>Q2 « Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient lors de son admission dans votre service autour du vécu de l'annonce du diagnostic ? (Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?) »</p>	<p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p> <p>Selon Ruzsniewski et Rabier, l'infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien et un accompagnement auprès du patient. (2015)</p>	<p>« <i>Pas spécialement fait un entretien comme chaque patient qui rentre. Un entretien d'entrée on va dire. On pose des questions générales sur ce qui s'est passé, pourquoi ils viennent là ? Au niveau de l'amputation du coup c'est vrai qu'on demande ce qui s'est passé. On voit très vite si le patient parle un peu de son vécu, ce qui s'est passé. Si on voit qu'il n'est pas, qu'il est discret sur ça, sur cet accident ou sa maladie. On n'en pose pas trop on essaie de voir dans les jours à venir, pendant les pansements par exemple qui peuvent être longs. Là on leur demande.</i> » L45-50</p> <p>« <i>... ça a été très difficile là ces derniers temps parce qu'on n'avait pas droit aux visites.</i> » L54</p> <p>« <i>... il y a des familles qui appelaient quand même.</i> » L57</p> <p>« <i>Et depuis 2, 3 jours, ils ont repris les visites. C'est 1h par jour pour un visiteur. Donc ça reste très léger. Mais ils sont quand même contents.</i> » L58-59</p>

		<p>« C'est quand même quelque chose de dur ce qu'ils vivent donc s'ils sont tout seuls... » L61</p> <p>« Et après il y a les médecins qui viennent en chambre... » L76</p> <p>« ...normalement après nous juste après nous. » L78</p> <p>« Souvent, c'est les internes qui y vont. » L81</p> <p>« ...je dirais plutôt que je suis enfin on est quand même quelqu'un d'important. On est là tous les jours. On n'est pas à la famille mais bon on se côtoie tous les jours. On les écoute activement. Des fois son parle des fois non. Et je trouve que c'est important tout ce qui est soins relationnels. De garder ce contact. On fait des soins techniques mais il y a aussi quand même les soins relationnels. » L170-178</p>
<p>Q3 « Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ? »</p>	<p>« Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. » (2012). Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ. » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p>	<p>« Euh oui je pense qu'il y a des formations. » L93</p> <p>« ... on a plusieurs formations. Moi j'en fais une d'ailleurs en mars mais c'est pas pour les amputations. Mais oui il en existe. » L94-95</p> <p>« Donc non y a pas de formation spécifique. » L104-105</p>
<p>Q4 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est</p>		<p>« ...j'en ai vu un bon je sais plus qu'est-ce qui s'était passé... Il y avait une mauvaise circulation donc du coup ils avaient dû couper</p>

<p>bien déroulée dans l'ensemble ? »</p>		<p><i>tans fémorale. Il était arrivé là sauf qu'en gros il y a eu des bactéries à l'intérieur ils ont dû recouper. Et donc il y a une reprise. » L134-136</i></p> <p><i>«... il a intégré ici le service de rééducation puis il est reparti et il est revenu. On a laissé sa chambre, on l'a gardé. Et après donc là aussi ça a été quand même assez difficile d'être repris. [...] Donc on a su quand même cicatriser, le pansement a été réglé. Il a pu avoir son appareillage, commencer petit à petit à remarcher. Et un jour en fait je l'ai vu marcher avec ça protège, les escaliers, les monter, les descendre donc vraiment quelque chose de... » L139-144</i></p> <p><i>« Il a voulu qu'on le filme pour le montrer à sa famille. Donc on voit quand même que c'est ça assez important. » L146-147</i></p> <p><i>« Après ce qui est bien en rééducation c'est qu'on le voit arriver voilà il est amputé il est pas forcément très bien parce que bah son image elle est perturbée. Et au final on le voit peut-être 2, 3 mois après avec sa prothèse en train de gambader. Donc ça c'est satisfaisant. » L149-151</i></p> <p><i>« J'ai un patient là dernièrement qui était très sportif bah le monsieur du début. Qui était très sportif qui faisait du CrossFit carrément. Et beh là voilà il s'aperçoit que le sport bah c'est peut être fini ou ça va être modifié. » L162-164</i></p>
--	--	--

		«... il a quand même de la motivation donc il se dit que beh même en fauteuil ou avec des prothèses il essaiera de travailler le haut du corps. Enfin il essaye de trouver des solutions. » L167-169
Q5 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? »		«...difficile pour moi, ça serait des moignons qui cicatrisent mal ou les pansements sont assez difficiles à faire et qu'on sait que bah ils vont être repris en fait. » L182-184 « C'est juste le fait quand ça cicatrise mal. » L186-187

IDE 5 : Maé-Camille / date de DE : 2 ans / date d'ancienneté : 1 an

Question	Cadre de référence	Verbatim (discours)
Q1 « Racontez-moi une prise en charge où un patient amputé vous a parlé de l'annonce de l'amputation. (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ?)»	« <i>Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet.</i> » (Moley-Massol, 2004, p. 16). « <i>Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires.</i> » et « <i>Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence</i> ». (Moley-Massol, 2004, p. 18). L'annonce va permettre de « <i>contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social</i> » (2015, p. 235). « <i>L'annonce d'un diagnostic est un art difficile</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)	« <i>Alors nous généralement ils ne nous en parlent pas forcément. Parce que ce sont des choses qui se font en amont.</i> » L8-9

	<p>« <i>L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce.</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>Selon Ruzzniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation d'annonce peut être présidée par un médecin et une infirmière. (2015)</p> <p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p>	
<p>Q2 « Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient lors de son admission dans votre service autour du vécu de l'annonce du diagnostic ? (Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?) »</p>	<p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p>	<p>« <i>... on fait un entretien infirmier à l'accueil on leur demande bah déjà pourquoi ils ont été amputés. Et généralement les patients arrivent... Ils ont pas de mal à nous en parler de leur amputation.</i> » L19-21</p> <p>« <i>On sait très bien que bon parfois ça va pas et parfois ils sont par exemple plus froid avec</i></p>

	<p>Selon Ruzzniewski et Rabier, l’infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l’annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s’assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L’infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s’assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l’accompagnement du patient et permet d’apporter son soutien et un accompagnement auprès du patient. (2015)</p>	<p><i>nous. Et donc au staff on demande par exemple à la psychologue d’aller les voir des choses comme ça. » L25-27</i></p> <p><i>« Bah souvent on rigole avec nos patients. On leur fait des petites vanes. On essaye de leur remonter le moral en disant bon là c’est un peu difficile. Et souvent on dit « bah oui vous avez votre famille, ne vous inquiétez pas vous n’êtes pas seul ». Bon là c’est bon y a les visites. Mais à un moment il n’y a pas eu de visites. Les patients c’était un moment qui était assez dure. Des patients qui s’en prenait carrément à nous parce qu’ils avaient pas le droit aux visites. Et beh on leur disait que nous on aimerait bien qu’il ait des visites « On sait très bien que pour vous psychologiquement ça vous ferait du bien, ça vous remontera le morale » » L68-74</i></p> <p><i>« Beh généralement, on essaye de les mettre... Qu’ils viennent le plus souvent possible. Parce qu’on sait que c’est des moments qui sont très durs. Parce que quand même c’est une altération de son corps. Donc on essaye le plus possible de les faire venir. Bon là avec le covid c’est plus compliqué. Mais on veut qu’ils soient présents. On ne met pas la famille de côté. » L77-80</i></p> <p><i>« ... on en besoin des familles pour le patient. » L83</i></p>
<p>Q3 « Avez-vous eu la possibilité d’avoir une formation en ce qui concerne la</p>	<p><i>« Une autre hypothèse repose sur le manque d’outils d’évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. » (2012). Afin d’évaluer l’impact</i></p>	<p><i>«Malheureusement non. [...] on a fait le prépro ici. Donc on a quand même eu le temps de s’habituer à avoir des patients amputés et à voir</i></p>

<p>conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ? »</p>	<p>psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « <i>dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p>	<p><i>comment est la prise en charge . Voir différentes façons de faire avec les patients. Donc nous on bah on prend un petit peu un petit peu par-ci par-là pour essayer de se former et d'être le meilleur possible avec les patients.</i> » L46-49</p> <p>« <i>Donc ouais ça serait pas mal. Ca serait bien d'avoir une formation.</i> » L62-63</p>
<p>Q4 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ? »</p>		<p>«<i>On a eu un patient qui a été bi-amputé et avec la force de sa volonté il a réussi à marcher sur ses 2 jambes. Alors que souvent c'est assez difficile quand on est en bi amputé.</i> » L101-103</p> <p>« <i>Appareillé des 2 jambes ouais.</i> » L107</p> <p>« <i>Super bien déroulé...</i> » L109</p> <p>« <i>... grâce à la famille aussi les patients vont se dire « Ah bah allez je peux faire ça je peux aller je vais pouvoir marcher pour pouvoir avoir une vie comme avant ».</i> » L120-121</p>
<p>Q5 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? »</p>		<p>«<i>... il y en a qui perdent pied quoi tu vois et qui veulent plus... qui se disent bah je suis amputé ça sert à rien que je marche je serai tout le temps en fauteuil roulant.</i> » L114-115</p> <p>« <i>... je peux t'en raconter deux mais je pourrais t'en raconter plein. Alors c'est un patient qui est diabétique qui est amputé en trans fémorale gauche qui est dialysé aussi. Qui ne fait pas attention. Il ne fait pas attention à ce qu'il mange. Il fait pas attention à ce qu'il boit aussi.</i></p>

		<p><i>Parce qu'en plus lui c'est un dialysé mais qu'il pisse pas tu vois. S'il pisse encore il peut boire ce qu'il veut. Mais là il pisse pas du tout. Et ce patient il a eu des OAP. Il fait au OAP sur OAP. Et il s'en moque. Il dit « Ah oui mais il faut bien que je meurs de quelque chose il faut bien que je vive ». Et le problème, lui aussi c'est que il est pas entouré. Il a une femme mais ça se passe très mal donc il y a personne... enfin il a aucun contact avec sa famille. Donc il en fait qu'à sa tête. Donc ça c'est très difficile parce que on essaie de comprendre ce qui va pas. Il ne parle pas. Il fait ce qu'il veut. Bah par exemple aussi il a son rythme circadien qui est complètement décalé. Donc il dort la journée et il veille la nuit. Et la nuit quand même parfois il s'endort tu vois tellement fatigué, il s'endort. Il est sur son fauteuil roulant il s'arrête, il s'endort. Sur son fauteuil roulant, voilà. Donc là c'est un des patients que c'est difficile parce qu'en soit on ressent pas le... c'est difficile de... On essaie de l'aider tu vois en disant mais on essaie de lui faire comprendre que c'est important de pouvoir par exemple pour le diabète parce que on lui dit « Bah vous avez déjà perdu une jambe vous risquez de perdre une autre » et il s'en moque. Donc c'est un peu difficile de pas être écouté tu vois par le patient. » L163-179</i></p> <p><i>« ... je voulais te raconter la deuxième histoire. Du coup c'est un patient qui est lui est bi amputé. Il a eu un AVP moto. Il est jeune il a 33 ans. Il a des enfants et une femme. Et donc quand il était à l'hôpital là où il s'est fait amputé, il avait le droit d'avoir sa famille qui</i></p>
--	--	---

		<p>venait le voir tous les soirs. Même sa femme elle venait jusqu'à 22h le soir. Et quand il est arrivé là-bas hop l'hécatombe. Il avait plus le droit aux visites. Donc ce monsieur il s'est vachement renfermé sur lui-même. Même il nous parlait... En face il était assez gentil. On se disait « Beh le pauvre quand même ». [...]il nous parlait mal parfois même aux aides-soignants il parlait mal. [...]il nous persécutait un peu mais après... » L192-203</p> <p>« Mais par exemple on a eu des patients, ils ont dû se faire reprendre plusieurs fois parce qu'il y avait tout le temps une collection qui se faisait dans le moignon. Et donc ça c'est difficile pour le patient. » L241-243</p>
--	--	--

IDE 6 : Salomé / date de DE : 20 ans / date d'ancienneté : 3 ans

Question	Cadre de référence	Verbatim (discours)
<p>Q1 « Racontez-moi une prise en charge où un patient amputé vous a parlé de l'annonce de l'amputation. (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ?)»</p>	<p>« Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet. » (Moley-Massol, 2004, p. 16).</p> <p>« Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires. » et « Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence ». (Moley-Massol, 2004, p. 18).</p> <p>L'annonce va permettre de « contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social » (2015, p. 235).</p>	<p>« Lors du premier contact quand on fait le recueil de données souvent ils nous le disent. Donc oui il m'a dit que c'était traumatique sur un accident de la voie publique. » L8-9</p>

	<p>« <i>L'annonce d'un diagnostic est un art difficile</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce.</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>Selon Ruzniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation d'annonce peut être présidé par un médecin et une infirmière. (2015)</p> <p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</p>	
<p>Q2 « Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient lors de son admission dans votre service autour du vécu de l'annonce du diagnostic ?</p>	<p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</p>	<p>« <i>Euh non, s'il nous pose pas de question on va pas dans le vif du sujet.</i> » L19</p> <p>« <i>Oui avec le recueil de données on fait ses habitudes de vie, on fait tout le questionnaire</i></p>

<p>(Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?) »</p>	<p>Selon Ruzniewski et Rabier, l'infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien et un accompagnement auprès du patient. (2015)</p>	<p><i>sur informatique et du coup bah pour mieux connaître le patient quoi. » L21-22</i></p> <p><i>« ... ils ont été en colère du fait de plus recevoir de visite quoi. » L243</i></p>
<p>Q3 « Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ? »</p>	<p><i>« Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. » (2012). Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ. » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</i></p>	<p><i>« Non pas forcément. Moi après j'ai des formations de plaies et cicatrises en ce qui concerne la cicatrisation. Mais après ces personnes dépendantes quoi. Il y a des gens qui verbalisent d'autres qui verbalisent pas tout dépend à quel stade il en est. S'il est au stade de la colère ou du déni enfin voilà. Je veux dire c'est les mêmes étapes que dans la période du deuil.» L37-40</i></p> <p><i>« Donc non, on n'a pas de formation. » L41</i></p> <p><i>« Je sais pas si c'est réellement nécessaire. Il faut connaître ... ces processus-là oui mais après je pense qu'au cours de la formation infirmière c'est établi et c'est appris donc... Après on se transmet beaucoup les choses les unes aux autres. Et puis on apprend des unes et des autres enfin je sais pas si c'est réellement un réel besoin d'avoir une formation à ce propos. » L50-53</i></p>

<p>Q4 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ? »</p>		<p>« ...une jeune fille de 21 ans qui a eu un accident de trottinette en allant travailler et puis elle s'est fait euh elle a chuté elle s'est fracturé. Lors de sa radiologie pour voir qu'elle était quel type de fracture, le chirurgien s'est aperçu qu'elle avait une tumeur de type cancéreuse sur le tibia. Donc là elle a eu cette annonce-là. Elle a été donc amputée en trans tibiale. Et elle est arrivée dans le service une première fois où elle était sous traitement de chimio et rayons donc c'était un petit peu compliqué pour elle. Et puis elle a demandé à partir parce qu'elle était pas prête à être... à avoir sa prothèse. Elle a fini ses traitements de chimio et de rayons et elle est revenue. Et là elle va bientôt partir d'ici une petite semaine parce qu'elle a la jeunesse avec elle. Que beh elle a voulu que les choses aillent vite et qu'elle a tout fait auprès du prothésiste pour que les choses aillent vite. Donc là elle est prothésée. Sa kiné ça se passe super bien et elle va partir d'ici une semaine. » L60-70</p> <p>« Elle a dit qu'elle avait eu de la chance d'avoir eu un accident de trottinette. » L80</p> <p>« ... elle a super bien cicatrisé. » L85</p> <p>« ... elle a fait en sorte de pas rester trop longtemps hospitalisé. Elle a accéléré auprès du prothésiste. » L87</p> <p>« Elle s'est aperçue qu'il y avait beaucoup plus difficile à vivre sur terre et du coup beh elle a mis des ultimatums pour pouvoir rester hospitalisé le moins de temps possible. » L92-94</p>
--	--	--

		<p>« ... elle est entourée... » L96</p> <p>« Donc bon je pense qu'elle doit être très entourée familialement mais c'est force de caractère quoi. » L98-99</p>
<p>Q5 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? »</p>		<p>« Une prise en charge difficile beh un patient qui est parti il avait eu une amputation du membre gauche il est parti il avait une petite plaie à la jambe droite. Et il est revenu il avait plus de jambes du tout. On y avait dit d'arrêter de fumer. Il était diabétique. On avait dit qu'il fallait absolument qu'il arrête de fumer mais bon il n'en a pas pris conscience et résultat ils se retrouvent ça il s'est retrouvé sans jambes. » L105-109</p> <p>« ... de le voir arriver de cette manière-là. Et de savoir qu'il aurait plus du tout une vie normale surtout qu'à 67 balais il aurait plus qu'une jambe et qu'une prothèse et que ça allait être difficile pour lui. Il a pas voulu changer de domicile parce que c'était le domicile où il a vu naître ses enfants et grandir ses enfants il habitait au 2e étage quoi. Donc sa vie était foutue. » L118-121</p> <p>« C'était quelqu'un qui allait à la pêche, quelqu'un qui jouait à la pétanque. Et du jour au lendemain il... c'était foutu pour lui quoi. Il aurait plus la vie qu'il avait auparavant quoi. » L127-129</p>

		« ... c'était quelqu'un de marié. Mais le problème c'est qu'il allait être isolé après par la suite. Je sais que pour son retour il a eu un retour ambulancier qu'il a été porté et qu'il allait rester à l'étage tout le temps parce que il avait pas... il avait des difficultés à utiliser sa prothèse quoi. » L147-149
--	--	--

2 Grille d'analyse question par question : analyse des données

Question	Cadre de référence	Verbatim (discours)
Q1 « Dans votre service, comment se déroule l'annonce d'une amputation auprès du patient ? (Lieu, professionnels présents, entourage, à quel moment ? Au sein du service, y a-t-il un référent annonce ?) »	<p>« <i>Les mots choisis pour annoncer une maladie laissent une marque symbolique sur le sujet.</i> » (Moley-Massol, 2004, p. 16).</p> <p>« <i>Une information ouverte : à travers un dialogue. Médecin et malade sont partenaires.</i> » et « <i>Une information fermée : unilatérale et descendante. Une annonce assénée comme une sentence</i> ». (Moley-Massol, 2004, p. 18).</p> <p>L'annonce va permettre de « <i>contribuer à donner du sens à cette altération corporelle en confirmant la nouvelle condition physique et en donnant un aperçu d'un nouveau statut social</i> » (2015, p. 235).</p>	<p>IDE1</p> <p>« <i>Alors il y a différentes annonces. Les annonces qui sont un peu plus directes que d'autres.</i> » L3-4</p> <p>« <i>...ils peuvent être préparés quand même avant</i> » L10</p> <p>« <i>...ils s'attendent plus ou moins à l'amputation</i> » L13</p> <p>« <i>...c'est pendant une visite avec les médecins donc autour du lit c'est pas une consultation programmée exprès pour l'annonce de l'amputation.</i> » L18-20</p> <p>« <i>...on leur dit à la visite [...] qu'il n'y aura pas d'autres choix que d'amputer.</i> » L16-18</p> <p>« <i>Donc là dans ce cadre-là si c'est pendant une visite avec les médecins donc autour du lit c'est pas une consultation programmée exprès pour l'annonce de l'amputation.</i> » L18-20</p>

	<p>« <i>L'annonce d'un diagnostic est un art difficile</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'équipe psy – psychologue et psychiatre – peut être sollicitée...</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>L'accompagnement [...] devra s'articuler avec les partenaires extérieurs [...]</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>« <i>Il peut ainsi y avoir, au sein des équipes soignantes, un référent annonce.</i> » (Nicolas, Delahaye, Lefort & Clervoy, 2015)</p> <p>Selon Ruszniewski et Rabier, l'annonce d'un diagnostic est effectuée par le médecin. Cependant durant la consultation d'annonce, d'autres professionnels de santé sont présents. La consultation d'annonce peut être présidée par un médecin et une infirmière. (2015)</p> <p>« <i>Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients.</i> » (Jeannin, Pelletti & Dany, 2012)</p>	<p>« <i>... des patients qui reviennent et ça peut être annoncé en consultation.</i> » L28-29</p> <p>« <i>... il y a le médecin (le chirurgien), souvent c'est à la visite. Il y a au moins le chirurgien, l'infirmière et il y a l'interne.</i> » L37-38</p> <p>« <i>La famille, en ce moment c'est compliqué vu qu'il y a le covid. Il n'y a pas de visite. Donc en ce moment non. Et avant ça peut arriver si à ce moment-là la famille est là.</i> » L40-42</p> <p>« <i>Alors ça dépend du patient si c'est une personne âgée qui a des enfants. [...] Des fois ils le disent avant la famille avant le dire au patient et après c'est des personnes plus jeunes souvent ils disent directement à la personne.</i> » L63-66</p> <p>« <i>...ils annoncent ça au pied du lit du patient.</i> » L100</p> <p>« <i>...ça m'a un peu choqué qu'ils annoncent ça dans la chambre du patient. Qu'il n'y ait pas une consultation faite exprès...</i> » L102-103</p> <p>« <i>C'est l'annonce qui a... enfin moi ça me choquait un peu d'annoncer ça au pied du lit du patient. Je me disais il y a... souvent il y a quelqu'un à côté. Et puis le patient on lui dit ça puis on le laisse, on part.</i> » L187-189</p> <p>« <i>Oui en chambre double pas forcément des chambres seules. Et c'est vrai que moi je voyais... Que ce soit amené avec les psychologues tout ça... Mais souvent c'est vrai que c'est dit lors de la visite. Les chirurgiens annoncent ça et puis partent faire les autres patients.</i> » L191-193</p>
--	--	--

		<p>IDE2</p> <p>«...ça s'effectue dans sa chambre au pied du lit en présence du médecin et au moment général de la visite. En général c'est comme ça ça peut être aussi quand le médecin a décidé de de lui annoncer le matin ça peut être le matin mais c'est plutôt au niveau du tour autour du soir avec les chirurgiens c'est comme ça. » L22-25</p> <p>« L'infirmier, le chirurgien et en général il y a interne. » L27</p> <p>« Si le patient n'est pas cohérent on prévient souvent l'entourage mais c'est pas forcément avec le patient. » L29-30</p> <p>«... le patient est incohérent. Si on estime qu'il est incohérent et que là et qu'il ne va pas comprendre l'information on annonce plutôt à la famille avant. » L32-34</p> <p>« ...c'est très rare qu'un patient arrive qu'on l'a jamais opéré, on n'a jamais fait d'angioplastie [...]C'est rare qu'il arrive qu'il n'a jamais été opéré qu'il sait pas qu'il a un AOMI et d'un coup on décide d'amputer ça arrive hein je dis pas mais c'est très rare donc l'annonce elle n'est pas là dans ces cas-là l'annonce elle va être choquante. Parce que c'est un patient qui n'a jamais été opéré il était même pas au courant qu'il avait une maladie et d'un coup on va lui annoncer qu'il va être amputé donc là dans ces cas-là on prend une précaution particulière [...]le chirurgien vient déjà il va commencer par lui annoncer peut être que ça plaît n'est pas jolie qu'il va falloir réfléchir et après bon on annonce le diagnostic. Mais après c'est souvent c'est des patients qu'on a déjà opéré ils savent qu'ils ont une AOMI. On leur a déjà fait une angioplastie d'ailleurs on leur on leur a fait peut être un pontage et ils savent que en général si ces chirurgies ne marchent pas on finit par être amputé. Donc</p>
--	--	--

		<p><i>déjà ils ont cette notion d'amputation dans leur tête souvent.</i> » L43-56</p> <p>« ...on va leur dire clairement au pied du lit... » L59</p> <p>« Non il n'y a pas de référent infirmier. » L65</p> <p>« On n'a pas de salle non plus dédiée. C'est vraiment au c'est vraiment lors de la visite hein c'est vrai qu'on n'a pas de salle spéciale comme ça peut être en cancérologie où il y a une annonce faite... » L65-67</p> <p>« On l'annonce en chambre double de la même manière... » L72</p> <p>« ... l'annonce est faite par le chirurgien et nous-mêmes. Enfin on est présent. » L93-94</p> <p>« On leur propose souvent de voir la psychologue il y a quand même une psychologue dans le service. » L94-95</p> <p>« Si on voit que la famille est présente tous les jours bien sûr qu'on va attendre que la famille soit là pour l'annonce. » L122-123</p> <p>« On n'attend pas forcément qu'il y ait quelqu'un de la famille ou la personne de confiance. » L126-127</p> <p>IDE3</p> <p>« Alors c'est d'abord le chirurgien qui l'annonce. Voilà c'est le chirurgien qui fait qui fait l'annonce de l'amputation. » L6-7</p>
--	--	--

		<p>« Après bah ça dépend quand on fait l'annonce de l'amputation en général c'est à l'annonce de la visite du soir. » L11-12</p> <p>« <i>Quand c'est une amputation programmée ça se fait en consultation en amont.</i> » L12-13</p> <p>« <i>L'interne s'il est là.</i> » L19</p> <p>« <i>... il peut y avoir aussi l'aide-soignante quand elle fait de la visite du soir ...</i> » L21</p> <p>« <i>... on peut faire appel à une psychologue.</i> » L172</p> <p>« <i>Non. Parce qu'après on est tous, faudrait que toute l'équipe le soit. Parce qu'on peut pas compter juste sur une personne dans un service de chirurgie vasculaire ...</i> » L235-236</p> <p>« <i>... quand c'est annoncé dans la chambre malheureusement c'est qu'ils sont déjà dans un état de soit d'ischémie aigue...</i> » L262-263</p> <p>IDE4</p> <p>« <i>...il y en a un c'était une insuffisance rénale. [...] Beh ça a été un peu plus facile on va dire parce que quand c'est par rapport à une maladie ils s'y attendent un petit peu.</i> » L24-26</p> <p>« <i>S'il n'y a pas d'amélioration, beh ils disent qu'il y aura sûrement l'amputation.</i> » L28-29</p> <p>« <i>On a le psychologue. Si jamais je vois qu'ils ont vraiment des difficultés à en parler ou même il y en a certains qui demandent carrément.</i> » L67-68</p>
--	--	--

		<p>« C'est le médecin. » L190</p> <p>« ... c'est eux qui les annoncent. » L194-195</p> <p>« Oui en chambre. » L197</p> <p>IDE5 « Alors nous généralement ils ne nous en parlent pas forcément. Parce que ce sont des choses qui se font en amont. » L8-9</p> <p>IDE6 « Lors du premier contact quand on fait le recueil de données souvent ils nous le disent. Donc oui il m'a dit que c'était traumatique sur un accident de la voie publique. » L8-9</p>
<p>Q2 « Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient après l'annonce du diagnostic ? (Quelle est la place de la famille au sein du parcours de soin ?) »»</p>	<p>« Tout d'abord, un temps médical est dédié à l'annonce du diagnostic de cancer et des possibilités de traitement. Puis un temps d'accompagnement soignant (TAS), généralement assuré par un infirmier, est proposé aux patients. » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</p> <p>Selon Ruszniewski et Rabier, l'infirmière dans ce cas a un rôle important auprès du patient quant à l'annonce du diagnostic. Elle reçoit par la suite le patient en entretien afin de s'assurer que le patient ait bien compris ce qui lui a été dit par le médecin. L'infirmière peut alors réexpliquer, reformuler et s'assurer que le patient soit au clair avec le diagnostic. Cela fait partie de l'accompagnement du patient et permet d'apporter son soutien et</p>	<p>IDE1 « ...on finit la visite et après avec eux bien sûr on reprend derrière. » L20-21</p> <p>« Donc on va les voir on leur demande s'ils ont bien intégré ce qui a été dit. » L21-22</p> <p>« Après l'annonce, on va vers eux et du coup on réexplique bien. On voit si le patient a bien compris on leur réexplique. » L47-48</p> <p>« Alors le jour même et après souvent ils en reparlent quand même les patients. [...] on fait appelle aussi à des psychologues... » L53-54</p> <p>« ...il y a les patients qui demandent à voir quelqu'un. » L58-59</p>

	<p>un accompagnement auprès du patient. (2015)</p>	<p>« Donc d'où le rôle important du coup de l'infirmière de bien reprendre avec le patient. D'être là pour lui derrière. » L105-106</p> <p>« ... il n'y avait pas le COVID. [...] il y avait des entretiens avec oui elle les voyait [...] on pouvait voir la famille en même temps le patient l'après-midi. Bien reprendre avec eux. » L153-155</p> <p>« Alors ça peut être une ressource parce que ça peut aider la personne à mieux l'accepter... » L158</p> <p>« Des fois la famille qui ne veulent pas amputer qui veulent réessayer de revasculariser. Qui freinent un petit peu sur ça. » L163-164</p> <p>« ... nous bah on est obligé d'aller revoir pour reprendre avec eux surtout... » L193-194</p> <p>« Après on a plus d'expérience pour rassurer les patients pour partager avec eux sur ce qui est déjà arrivé et voir avec eux leur rééducation, leur montrer tout ce qui est possible quoi. » L200-201</p> <p>IDE2</p> <p>« Et puis après nous c'est au moment des pansements, [...] c'est un peu long parce qu'en amputation donc c'est là où on parle avec eux. On leur demande le moral, comment ça va ? S'ils ont des douleurs ? S'ils sentent encore la jambe ? Donc c'est à ce moment-là qu'il se confie. » L99-102</p> <p>« ... après qu'ils sont amputé c'est le moment du pansement, c'est assez long. On leur parle hein... On leur demande leur moral. » L104-105</p>
--	--	--

		<p>« ... c'est vraiment au cours des soins ou au cours du tour. On prend plus de temps au moment du pansement quand même. » L110-111</p> <p>« Alors là c'est un peu particulier parce qu'on est en période de Covid donc les visites sont interdites. [...] Donc il n'y a pas forcément la famille qui était là. Ils prennent des nouvelles quand même par téléphone. Mais après ça dépend les gens. La place de la famille, je dirais ça dépend. » L118-121</p> <p>« Oui ça peut l'être oui c'est une ressource. Après il y en a ils sont anxieux. Voilà ça rajoute de l'anxiété au patient. [...] ils leur remontent le moral. » L138-140</p> <p>« ...on est là quand l'annonce est faite pour les guider, pour les reconforter si on peut. » L279-280</p> <p>IDE3</p> <p>« Quand ils en ont besoin oui. » L38</p> <p>« ...c'est pas un entretien formel hein c'est plutôt informel. » L38-39</p> <p>« ...on repart vers lui parce que on voit très bien à la visite comment soit comment ils encaissent [...] on va revoir derrière voir s'ils ont bien compris si voilà comment ils se ressentent. [...] c'est informel en fait c'est fait dans le cadre du service de notre travail. » L42-45</p> <p>« Alors oui elle est prise en compte bien sûr la famille. Mais bon après c'est d'abord le patient et puis voilà si la famille a besoin aussi enfin voilà... Malheureusement dans le cadre du</p>
--	--	---

		<p><i>COVID c'est plus compliqué avec les visites qui sont pas autorisés c'est quand même beaucoup plus compliqué ... » L49-52</i></p> <p>IDE4 <i>« Pas spécialement fait un entretien comme chaque patient qui rentre. Un entretien d'entrée on va dire. On pose des questions générales sur ce qui s'est passé, pourquoi ils viennent là ? Au niveau de l'amputation du coup c'est vrai qu'on demande ce qui s'est passé. On voit très vite si le patient parle un peu de son vécu, ce qui s'est passé. Si on voit qu'il n'est pas, qu'il est discret sur ça, sur cet accident ou sa maladie. On n'en pose pas trop on essaie de voir dans les jours à venir, pendant les pansements par exemple qui peuvent être longs. Là on leur demande. » L45-50</i></p> <p><i>« ... ça a été très difficile là ces derniers temps parce qu'on n'avait pas droit aux visites. » L54</i></p> <p><i>« ... il y a des familles qui appelaient quand même. » L57</i></p> <p><i>« Et depuis 2, 3 jours, ils ont repris les visites. C'est 1h par jour pour un visiteur. Donc ça reste très léger. Mais ils sont quand même contents. » L58-59</i></p> <p><i>« C'est quand même quelque chose de dur ce qu'ils vivent donc s'ils sont tout seuls... » L61</i></p> <p><i>« Et après il y a les médecins qui viennent en chambre... » L76</i></p> <p><i>« ...normalement après nous juste après nous. » L78</i></p> <p><i>« Souvent, c'est les internes qui y vont. » L81</i></p>
--	--	--

		<p>« ...je dirais plutôt que je suis enfin on est quand même quelqu'un d'important. On est là tous les jours. On n'est pas à la famille mais bon on se côtoie tous les jours. On les écoute activement. Des fois on parle des fois non. Et je trouve que c'est important tout ce qui est soins relationnels. De garder ce contact. On fait des soins techniques mais il y a aussi quand même les soins relationnels. » L170-178</p> <p>IDE5</p> <p>« ... on fait un entretien infirmier à l'accueil on leur demande bah déjà pourquoi ils ont été amputés. Et généralement les patients arrivent... Ils ont pas de mal à nous en parler de leur amputation. » L19-21</p> <p>« On sait très bien que bon parfois ça va pas et parfois ils sont par exemple plus froid avec nous. Et donc au staff on demande par exemple à la psychologue d'aller les voir des choses comme ça. » L25-27</p> <p>« Bah souvent on rigole avec nos patients. On leur fait des petites vannes. On essaye de leur remonter le moral en disant bon là c'est un peu difficile. Et souvent on dit « bah oui vous avez votre famille, ne vous inquiétez pas vous n'êtes pas seul ». Bon là c'est bon y a les visites. Mais à un moment il n'y a pas eu de visites. Les patients c'était un moment qui était assez dure. Des patients qui s'en prenait carrément à nous parce qu'ils avaient pas le droit aux visites. Et beh on leur disait que nous on aimerait bien qu'il ait des visites « On sait très bien que pour vous psychologiquement ça vous ferait du bien, ça vous remontera le morale » » L68-74</p> <p>« Beh généralement, on essaye de les mettre... Qu'ils viennent le plus souvent possible. Parce qu'on sait que c'est des moments qui sont très durs. Parce que quand même c'est</p>
--	--	--

		<p><i>une altération de son corps. Donc on essaye le plus possible de les faire venir. Bon là avec le covid c'est plus compliqué. Mais on veut qu'ils soient présents. On ne met pas la famille de côté. » L77-80</i></p> <p><i>« ... on en besoin des familles pour le patient. » L83</i></p> <p>IDE6 <i>« Euh non, s'il nous pose pas de question on va pas dans le vif du sujet. » L19</i></p> <p><i>« Oui avec le recueil de données on fait ses habitudes de vie, on fait tout le questionnaire sur informatique et du coup bah pour mieux connaître le patient quoi. » L21-22</i></p> <p><i>« ... ils ont été en colère du fait de plus recevoir de visite quoi. » L243</i></p>
<p>Q3 « Avez-vous eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en charge d'un patient amputé ou prochainement amputé ? »»</p>	<p><i>« Une autre hypothèse repose sur le manque d'outils d'évaluation des besoins, de critères objectifs ou de formation. » (2012). Afin d'évaluer l'impact psychologique de l'annonce, les infirmiers sont « dépourvus d'une formation spécifique (comme celle reconnue aux psychologues), les IDE peuvent se sentir illégitimes dans l'investigation de ce champ. » (Jeannin, Pelletti & Dany , 2012)</i></p>	<p>IDE1 <i>« Alors je pense qu'on doit avoir des formations possibles. Là je sais qu'en ce moment toutes les formations c'est un peu bloqué avec le COVID. Mais j'avoue que je ne me suis pas renseignée mais il doit y avoir des formations possibles. » L93-95</i></p> <p><i>« Formée sur le tas oui. » L97</i></p> <p>IDE2 <i>« Il doit y avoir des formations annonce. Mais bon après déjà c'est en période de covid donc toutes les formations ont été bloquées. » L154-155</i></p>

		<p>« Beh la possibilité je pense qui on peut en avoir une mais... mais après... » L163</p> <p>« Non c'est pas proposé. » L165</p> <p>« ...j'ai le souvenir d'être jeune diplômé d'avoir mon premier patient jeune qui arrive. Qui n'a jamais été opéré. Et on doit lui annoncer qu'il doit être amputé. Et j'ai dit à ma collègue s'il te plaît, lors de l'annonce est-ce que tu ne peux pas y aller ? Parce que je ne me sentais pas d'y être. Maintenant ça va mieux mais je me rappelle au début ça a été [...] parce que je me dis il va pleurer je ne vais pas savoir quoi dire... ouais je me souviens que [...] j'étais en difficulté. » L174-179</p> <p>« Oui mais même pour nous hein je pense que ça serait même mieux. » L183</p> <p>« ...oui je pense que même... même pour... bon avec l'ancienneté on a plus de facilité mais bon je pense que même pour les anciens c'est bien. » L186-187</p> <p>« Il y a l'expérience et le savoir-vivre aussi. » L197</p> <p>IDE3</p> <p>« Non. » L59</p> <p>« Non. Enfin je pense oui ça doit exister, mais... » L62</p> <p>« Dans ce service, non. » L68</p> <p>« Oui avant d'arriver ici j'ai une formation d'annonce mais en cancérologie donc... » L72</p>
--	--	--

	<p>« Pour moi là c'est sûr que la formation ça m'aide pour prendre en charge le patient pour... Mais après est-ce que... Pour moi oui ça peut aider. » L77-78</p> <p>« Oui les clés pour l'écoute, pour employer les mots... les mots qu'il faut. » L80</p> <p>« Beh après ça s'apprend aussi à l'école hein... Une annonce... enfin voilà. L'empathie, l'écoute... » L241-242</p> <p>IDE4 « Euh oui je pense qu'il y a des formations. » L93</p> <p>« ... on a plusieurs formations. Moi j'en fais une d'ailleurs en mars mais c'est pas pour les amputations. Mais oui il en existe. » L94-95</p> <p>« Donc non y a pas de formation spécifique. » L104-105</p> <p>IDE5 « Malheureusement non. [...] on a fait le prépro ici. Donc on a quand même eu le temps de s'habituer à avoir des patients amputés et à voir comment est la prise en charge . Voir différentes façons de faire avec les patients. Donc nous on bah on prend un petit peu un petit peu par-ci par-là pour essayer de se former et d'être le meilleur possible avec les patients. » L46-49</p> <p>« Donc ouais ça serait pas mal. Ca serait bien d'avoir une formation. » L62-63</p> <p>IDE6 « Non pas forcément. Moi après j'ai des formations de plaies et cicatrises en ce qui concerne la cicatrisation. Mais après ces personnes dépendantes quoi. Il y a des gens qui</p>
--	---

		<p><i>verbalisent d'autres qui verbalisent pas tout dépend à quel stade il en est. S'il est au stade de la colère ou du déni enfin voilà. Je veux dire c'est les mêmes étapes que dans la période du deuil.» L37-40</i></p> <p><i>« Donc non, on n'a pas de formation. » L41</i></p> <p><i>« Je sais pas si c'est réellement nécessaire. Il faut connaître ... ces processus-là oui mais après je pense qu'au cours de la formation infirmière c'est établi et c'est appris donc... Après on se transmet beaucoup les choses les unes aux autres. Et puis on apprend des unes et des autres enfin je sais pas si c'est réellement un réel besoin d'avoir une formation à ce propos. » L50-53</i></p>
<p>Q4 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulée dans l'ensemble ? »</p>		<p>IDE1</p> <p><i>« ... toutes se déroulent quand même bien normalement dans l'ensemble. » L113</i></p> <p><i>« ... on a un patient actuellement, qui avait du coup une artériopathie AOMI à un stade. C'est à dire ils ont des plaies. Il avait des plaies nécrotiques. Et en fait ils n'ont pas pu revasculariser. Donc du coup ils l'ont amputé. Et là il va beaucoup mieux depuis qu'il est amputé parce qu'il a beaucoup moins de douleur. » L113-117</i></p> <p><i>« Ca cicatrise bien et après on attend un centre de rééducation. » L118-119</i></p> <p><i>« Il accepte bien ouais. Là il marche avec un déambulateur sur une jambe ça se passe bien. » L121</i></p> <p><i>« ... il languissait de se faire opérer justement ce qu'il tenait plus au niveau de la douleur. » L132-133</i></p>

		<p>IDE2 <i>« Un patient qui vient plusieurs fois il a eu une angio, il a eu un pontage. Et... beh il revient parce que ça reboucher et qu'il a tellement mal au pied qu'il languit d'être amputé. » L200-201</i></p> <p><i>« ... il m'a dit « je préfère être amputé parce que j'ai tellement mal »... » L204</i></p> <p>IDE3 <i>«... un patient qui rentre d'abord pour une artériographie. Donc il passe en artériographie. On voit que beh il n'y a pas il y a rien à faire. Pas d'intervention possible à part l'amputation. Donc l'annonce a été faite le lendemain de son artériographie. La date de son bloc a été... a été fixé. Le patient qui l'a qui qui s'y attendait un peu en fait hein qui s'y attendait un peu. Il a été opéré. Prise en charge opératoire, très bien. Aucune douleur après. Cicatrisation parfaite. Très volontaire et du coup bien préparé aussi en amont du coup qui... qui bah niveau autonomie et tout ça... a très bien pu se prendre en charge après du coup les suites ont été favorables en fait. » L87-94</i></p> <p><i>« Ça c'est les prises en charge quand même un peu parfaites. Donc qu'ils ont le temps de passer l'artériographie que plutôt un patient qui arrive en ischémie aiguë et que là ce sera voilà ... qu'il a... l'amputation est direct parce qu'il arrive déjà en ischémie aigue et voilà. » L103-105</i></p> <p><i>« Il a bien accepté. Ça s'est bien déroulé. » L108</i></p> <p>IDE4 <i>« ...j'en ai vu un bon je sais plus qu'est-ce qui s'était passé... Il y avait une mauvaise circulation donc du coup ils avaient</i></p>
--	--	---

		<p><i>dû couper tans fémorale. Il était arrivé là sauf qu'en gros il y a eu des bactéries à l'intérieur ils ont dû recouper. Et donc il y a une reprise. » L134-136</i></p> <p><i>«... il a intégré ici le service de rééducation puis il est reparti et il est revenu. On a laissé sa chambre, on l'a gardé. Et après donc là aussi ça a été quand même assez difficile d'être repris. [...] Donc on a su quand même cicatriser, le pansement a été réglé. Il a pu avoir son appareillage, commencer petit à petit à remarcher. Et un jour en fait je l'ai vu marcher avec ça protège, les escaliers, les monter, les descendre donc vraiment quelque chose de... » L139-144</i></p> <p><i>« Il a voulu qu'on le film pour le montrer à sa famille. Donc on voit quand même que c'est ça assez important. » L146-147</i></p> <p><i>« Après ce qui est bien en rééducation c'est qu'on le voit arriver voilà il est amputé il est pas forcément très bien parce que bah son image elle est perturbée. Et au final on le voit peut-être 2, 3 mois après avec sa prothèse en train de gambader. Donc ça c'est satisfaisant. » L149-151</i></p> <p><i>« J'ai un patient là dernièrement qui était très sportif bah le monsieur du début. Qui était très sportif qui faisait du CrossFit carrément. Et beh là voilà il s'aperçoit que le sport bah c'est peut être fini ou ça va être modifié. » L162-164</i></p> <p><i>«... il a quand même de la motivation donc il se dit que beh même en fauteuil ou avec des prothèses il essaiera de travailler le haut du corps. Enfin il essaye de trouver des solutions. » L167-169</i></p> <p>IDE5</p>
--	--	---

		<p>«On a eu un patient qui a été bi-amputé et avec la force de sa volonté il a réussi à marcher sur ses 2 jambes. Alors que souvent c'est assez difficile quand on est en bi amputé. » L101-103</p> <p>« Appareillé des 2 jambes ouais. » L107</p> <p>« Super bien déroulé... » L109</p> <p>« ... grâce à la famille aussi les patients vont se dire « Ah bah allez je peux faire ça je peux aller je vais pouvoir marcher pour pouvoir avoir une vie comme avant ». » L120-121</p> <p>IDE6</p> <p>« ...une jeune fille de 21 ans qui a eu un accident de trottinette en allant travailler et puis elle s'est fait euh elle a chuté elle s'est fracturé. Lors de sa radiologie pour voir qu'elle était quel type de fracture, le chirurgien s'est aperçu qu'elle avait une tumeur de type cancéreuse sur le tibia. Donc là elle a eu cette annonce-là. Elle a été donc amputée en trans tibiale. Et elle est arrivée dans le service une première fois où elle était sous traitement de chimio et rayons donc c'était un petit peu compliqué pour elle. Et puis elle a demandé à partir parce qu'elle était pas prête à être... à avoir sa prothèse. Elle a fini ses traitements de chimio et de rayons et elle est revenue. Et là elle va bientôt partir d'ici une petite semaine parce qu'elle a la jeunesse avec elle. Que beh elle a voulu que les choses aillent vite et qu'elle a tout fait auprès du prothésiste pour que les choses aillent vite. Donc là elle est prothésée. Sa kiné ça se passe super bien et elle va partir d'ici une semaine. » L60-70</p>
--	--	---

		<p>« Elle a dit qu'elle avait eu de la chance d'avoir eu un accident de trottinette. » L80</p> <p>« ... elle a super bien cicatrisé. » L85</p> <p>« ... elle a fait en sorte de pas rester trop longtemps hospitalisé. Elle a accéléré auprès du prothésiste. » L87</p> <p>« Elle s'est aperçue qu'il y avait beaucoup plus difficile à vivre sur terre et du coup beh elle a mis des ultimatums pour pouvoir rester hospitalisé le moins de temps possible. » L92-94</p> <p>« ... elle est entourée... » L96</p> <p>« Donc bon je pense qu'elle doit être très entourée familialement mais c'est force de caractère quoi. » L98-99</p>
<p>Q5 « Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? »</p>		<p>IDE1</p> <p>« ...elle avait aucun souci au niveau des artères mais en fait elle a eu un problème cardiaque du coup elle a... il y a des embolies qui sont partis et un qui est parti dans l'artère. Donc là c'était subitement quoi qu'elle a dû être amputé. [...]c'était une dame de 45 ans. » L67-70</p> <p>« ...cette dame dont je parlais, ça a quand même été difficile pour elle. [...] c'est arrivé brutalement. Parce qu'elle avait aucun soucis de santé. Une dame assez jeune. [...] il y a un embolie qui est parti dans son artère. Ils ont dû l'amputer. Et elle c'est sa vie qui a basculé un peu du jour au lendemain. Donc ça a été plus dur pour elle de l'accepter. Et après elle a aussi des enfants donc il y a pour toute la famille aussi ça a été dur à accepter. Après voilà elle se remettait en question sur son travail [...] comment ça aller se passer... » L140-146</p>

		<p>« Ça ne se passe pas toujours bien non plus les annonces. » L195-196</p> <p>IDE2</p> <p>« C'est souvent les patients dialysés . Qui en ont déjà marre de leur dialyse alors quand on leur apprend qu'il y a une ampute derrière [...] j'ai un patient [...] dialysé qui venait déjà pour des fistules. À qui on a déjà amputé et qui l'a mal vécu hein. » L234-236</p> <p>« ... il dialyse déjà 3 fois par semaine donc se retrouver avec une jambe en moins ça a été compliqué. [...]ça a été très compliqué pour lui. [...] il est resté un petit peu plus parce qu'il était dialysé et on n'avait pas le SSR de suite. » L238-242</p> <p>« Il était vraiment démoralisé. » L247</p> <p>« Oui quand se passe comme ça on téléphone on appelle la famille, on leur demander de passer [...] Des fois ça peut leur remonter le moral. Et mais voilà là ça n'avait strictement rien fait. » L251-253</p> <p>IDE3</p> <p>« ...le dernier que j'ai eu c'était un patient insuffisant rénal, dialysé, diabétique qui arrive avec une plaie chronique qui ne cicatrisait pas. [...] on savait qu'il venait pour être amputé. Donc il est arrivé, mais en programmation pour une amputation en trans tibiale. Patient âgé. Qui était un peu désorienté mais pas... qui vivait quand même à la maison avec des aides et tout ça. [...] la plaie était bien remonté sur tout le pied et au niveau de de la malléole mais en fait l'amputation trans tibiale n'a pas fonctionné. L'infection était</p>
--	--	--

		<p><i>beaucoup plus importante. On a laissé une chance de cicatrisation trans tibiale mais qui a pas fonctionné. Le patient en cours d'hospitalisation du coup et avec l'anesthésie été un peu plus désorienté du coup ne comprenait pas trop ce qui lui arrivait. Il tentait de se lever parce qu'il pensait encore qu'il avait son pied. Du coup pour la prise en charge après qui a été compliqué c'est que bah la cicatrice c'est infecté. Du coup on a dû lui réannoncer que là il fallait amputer mais beaucoup plus haut en trans fémorale. Et là en fait ça a été compliqué pour lui et sa famille [...] Il pensait qu'il pourrait retourner à la maison après, après une petite rééducation. Et du coup là ça a été compliqué parce que du coup après l'amputation trans fémorale a fait que le patient s'est un peu dégradé physiquement. Et surtout moralement. » L124-141</i></p> <p><i>« Après c'était un patient dialysé. C'est toujours un peu plus compliqué pour aller dans des centres de rééducation qui prennent en charge les amputations. Et puis beh là c'est surtout qu'il fallait annoncer à la famille qu'il ne serait pas appareillable en fait. » L152-155</i></p> <p><i>« ... du coup il n'a pas pu retourner chez lui. Il est parti dans un centre de rééducation vers Marseille. Du coup il fallait lui changer son centre de dialyse. Parce qu'il dialysait vers Orange. Et là il n'y a pas de centre qui le prenait en charge sa dialyse. Parce qu'après ça coûte cher pour les centres de rééducation. Donc du coup-là il est parti vers Marseille en centre de rééducation. Ce qui a fait qu'il s'est éloigné de tout son domicile, ses habitudes... » L157-161</i></p> <p>IDE4</p> <p><i>«...difficile pour moi, ça serait des moignons qui cicatrisent mal ou les pansements sont assez difficiles à faire et qu'on sait que bah ils vont être repris en fait. » L182-184</i></p>
--	--	---

		<p>« C'est juste le fait quand ça cicatrise mal. » L186 -</p> <p>IDE5</p> <p>«... il y en a qui perdent pied quoi tu vois et qui veulent plus... qui se disent bah je suis amputé ça sert à rien que je marche je serai tout le temps en fauteuil roulant. » L114-115</p> <p>« ... je peux t'en raconter deux mais je pourrais t'en raconter plein. Alors c'est un patient qui est diabétique qui est amputé en trans fémorale gauche qui est dialysé aussi. Qui ne fait pas attention. Il ne fait pas attention à ce qu'il mange. Il fait pas attention à ce qu'il boit aussi. Parce qu'en plus lui c'est un dialysé mais qu'il pisse pas tu vois. S'il pisse encore il peut boire ce qu'il veut. Mais là il pisse pas du tout. Et ce patient il a eu des OAP. Il fait au OAP sur OAP. Et il s'en moque. Il dit « Ah oui mais il faut bien que je meurs de quelque chose il faut bien que je vive ». Et le problème, lui aussi c'est que il est pas entouré. Il a une femme mais ça se passe très mal donc il y a personne... enfin il a aucun contact avec sa famille. Donc il en fait qu'à sa tête. Donc ça c'est très difficile parce que on essaie de comprendre ce qui va pas. Il ne parle pas. Il fait ce qu'il veut. Bah par exemple aussi il a son rythme circadien qui est complètement décalé. Donc il dort la journée et il veille la nuit. Et la nuit quand même parfois il s'endort tu vois tellement fatigué, il s'endort. Il est sur son fauteuil roulant il s'arrête, il s'endort. Sur son fauteuil roulant, voilà. Donc là c'est un des patients que c'est difficile parce qu'en soit on ressent pas le... c'est difficile de... On essaie de l'aider tu vois en disant mais on essaie de lui faire comprendre que c'est important de pouvoir par exemple pour le diabète parce que on lui dit « Bah vous avez déjà perdu une jambe vous risquez de perdre une autre » et il s'en moque. Donc c'est un peu difficile de pas être écouté tu vois par le patient. » L163-179</p>
--	--	---

		<p>« ... je voulais te raconter la deuxième histoire. Du coup c'est un patient qui est lui est bi amputé. Il a eu un AVP moto. Il est jeune il a 33 ans. Il a des enfants et une femme. Et donc quand il était à l'hôpital là où il s'est fait amputé, il avait le droit d'avoir sa famille qui venait le voir tous les soirs. Même sa femme elle venait jusqu'à 22h le soir. Et quand il est arrivé là-bas hop l'hécatombe. Il avait plus le droit aux visites. Donc ce monsieur il s'est vachement renfermé sur lui-même. Même il nous parlait... En face il était assez gentil. On se disait « Beh le pauvre quand même ». [...]il nous parlait mal parfois même aux aides-soignants il parlait mal. [...]il nous persécutait un peu mais après... » L192-203</p> <p>« Mais par exemple on a eu des patients, ils ont dû se faire reprendre plusieurs fois parce qu'il y avait tout le temps une collection qui se faisait dans le moignon. Et donc ça c'est difficile pour le patient. » L241-243</p> <p>IDE6</p> <p>« Une prise en charge difficile beh un patient qui est parti il avait eu une amputation du membre gauche il est parti il avait une petite plaie à la jambe droite. Et il est revenu il avait plus de jambes du tout. On y avait dit d'arrêter de fumer. Il était diabétique. On avait dit qu'il fallait absolument qu'il arrête de fumer mais bon il n'en a pas pris conscience et résultat ils se retrouvent ça il s'est retrouvé sans jambes. » L105-109</p> <p>« ... de le voir arriver de cette manière-là. Et de savoir qu'il aurait plus du tout une vie normale surtout qu'à 67 balais il aurait plus qu'une jambe et qu'une prothèse et que ça allait être difficile pour lui. Il a pas voulu changer de domicile parce que c'était le domicile où il a vu naître ses enfants et</p>
--	--	--

		<p><i>grandir ses enfants il habitait au 2e étage quoi. Donc sa vie était foutue. » L118-121</i></p> <p><i>« C'était quelqu'un qui allait à la pêche, quelqu'un qui jouait à la pétanque. Et du jour au lendemain il... c'était foutu pour lui quoi. Il aurait plus la vie qu'il avait auparavant quoi. » L127-129</i></p> <p><i>« ... c'était quelqu'un de marié. Mais le problème c'est qu'il allait être isolé après par la suite. Je sais que pour son retour il a eu un retour ambulancier qu'il a été porté et qu'il allait rester à l'étage tout le temps parce que il avait pas... il avait des difficultés à utiliser sa prothèse quoi. » L147-149</i></p>
--	--	---

Annexe III : Retranscription des entretiens

- IDE 1, Louna

1 **Aziza : Dans votre service, comment se déroule l'annonce d'une amputation auprès du**
2 **patient ?**

3 Louna : Alors il y a différentes annonces. Les annonces qui sont un peu plus directes que
4 d'autres. C'est à dire il y a des patients qui viennent, donc c'est des souvent des maladies
5 chroniques, parce que c'est des patients la plupart du temps qui fument, euh..., qui ont une
6 mauvaise hygiène de vie. Et alors ces patients-là au début ils sont revascularisés donc d'abord
7 ils font des angioplasties, ils reviennent après il y en a beaucoup qui continuent à fumer donc il
8 y a une éducation autour justement du tabac. Après ils ont des pontages tout ça ça a une durée
9 de vie. Et s'ils continuent à fumer même il y a une durée de vie selon l'état des artères
10 l'amputation arrive donc ces gens-là ils peuvent être préparés quand même avant puisqu'on leur
11 on leur dit bien au cours des hospitalisations qu'un pontage ça a une durée de vie qu'il faut
12 changer, arrêter le tabac, revoir son hygiène de vie. Il y a des patients qui ne changent pas leur
13 hygiène de vie ou un peu. Donc en fait ils s'attendent plus ou moins à l'amputation. Donc ça
14 peut être il rentre en urgence à l'hôpital pour une ischémie donc du coup quand le sang ne circule
15 plus puisque le pontage ne marche plus. Et rentre en ischémie et on les met sous héparine donc
16 sur sous anticoagulants. Et après on leur dit à la visite parce qu'on a une visite tous les soirs
17 avec les chirurgiens et souvent quand ils ont vu les examens tout ça ben qu'il n'y aura pas
18 d'autres choix que d'amputer. Donc là dans ce cadre-là si c'est pendant une visite avec les
19 médecins donc autour du lit c'est pas une consultation programmée exprès pour l'annonce de
20 l'amputation. Voilà. Donc après une fois on voit que les médecins lui disent ça nous, bon, on
21 finit la visite et après avec eux bien sûr on reprend derrière. Donc on va les voir on leur demande
22 s'ils ont bien intégré ce qui a été dit. Et après on les rassure sur le fait que... Souvent c'est des
23 patients qui vont très mal... Du coup qui ont sont très algique au niveau de la jambe et du coup
24 l'amputation ça permet aussi d'enlever ces douleurs.

25 **A: Donc ça c'est un type d'annonce mais il y en a d'autres ?**

26 L : Oui voilà. Après il y a des... Enfin... en fait la plupart du temps c'est ça. C'est, c'est ça.
27 Après ils ont vu en consultation aussi alors nous on n'est pas trop en consultation ça donc ça je
28 ne pourrais pas dire. Mais donc du coup c'est pareil c'est des patients qui reviennent et ça peut
29 être annoncé en consultation.

30 **A : D'accord parce que y a le côté hospitalisation et j'ai vu de l'autre côté...**

31 L : Voilà, nous on est pas du tout consultation. Nous c'est hospitalisation complète.

32 **A : Donc les médecins qui travaillent ici dispensent des consultations de l'autre côté c'est**

33 **ça ?**

34 L : Oui, en fait c'est chirurgien ils ont des jours de consultation et les jours où ils opèrent et qui

35 revoient leurs patients en consultation.

36 **A : Et au niveau de l'annonce, qui est présent avec le patients ?**

37 L : Alors, il y a le médecin (le chirurgien), souvent c'est à la visite. Il y a au moins le chirurgien,

38 l'infirmière et il y a l'interne.

39 **A : Et la famille elle est présente ?**

40 L : La famille, en ce moment c'est compliqué vu qu'il y a le covid. Il n'y a pas de visite. Donc

41 en ce moment non. Et avant ça peut arriver si à ce moment-là la famille est là. Parce qu'avant

42 ils venaient souvent l'après-midi bah que ce soit annoncer avec la famille.

43 **A : Au sein du service, est -il qu'il y a un référent annonce ? Un infirmier référent ?**

44 L : Non pas du tout.

45 **A : La deuxième question c'était un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient après**

46 **l'annonce du diagnostic ?**

47 L : Bah du coup c'est un peu ça. Après l'annonce, on va vers eux et du coup on réexplique bien.

48 On voit si le patient à bien compris on leur réexplique. Et après ils nous posent souvent des

49 questions. « Mais comment je vais faire pour marcher ? » Donc on leur explique l'appareillage,

50 qui vont dans un centre de rééducation. Suivant l'amputation cuisse où en-dessous du genou la

51 rééducation est plus facile donc après voilà.

52 **A : Vous réexpliquez le jour même ou bien le lendemain où ça dépend... ?**

53 L : Alors le jour même et après souvent ils en reparlent quand même les patients. Et quand on

54 voit qu'ils n'ont pas trop le moral après on fait appelle aussi à des psychologues qui dans le

55 service qui passent les voir pour les aider un petit peu dans cette étape-là.

56 **A : Systématiquement elle passe les voir la psychologue ?**

57 L : Euh c'est nous qui faisons la demande aussi si on voit vraiment que le patient n'est pas bien

58 ou qu'il intègre ou qu'il appréhende et après des fois il y a les patients qui demandent à voir

59 quelqu'un.

60 **A : D'accord et justement au niveau de cette annonce et le fait que le patient un peu intègre**
61 **l'information la place de la famille elle est où en fait ? Est-ce que ça dépend du patient ou**
62 **en général vous sollicitez les membres de la famille ?**

63 L : Alors ça dépend du patient si c'est une personne âgée qui a des enfants. C'est une personne
64 âgée de 70 à 85 ans et qui est amputé, après ils peuvent se mettre en relation directement avec
65 les enfants. Ils annoncent au patient. Des fois ils le disent avant la famille avant le dire au patient
66 et après c'est des personnes plus jeunes souvent ils disent directement à la personne. Par
67 exemple, une fois on a eu une dame, elle c'était pour un... elle avait aucun souci au niveau des
68 artères mais en fait elle a eu un problème cardiaque du coup elle a... il y a des embolies qui sont
69 partis et un qui est parti dans l'artère. Donc là c'était subitement quoi qu'elle a dû être amputé.
70 Et là ils se sont entretenus directement avec elle parce que c'était une dame de 45 ans.

71 **A : Et du coup en fait ici au sein du service, dès que la dernière solution c'est l'amputation**
72 **le patient se fait amputer et ensuite il part directement ou bien il reste ici ? Il part en**
73 **rééducation ?**

74 L : Alors il reste chez nous le temps de la cicatrisation. On regarde 2, 3 pansements. Être sûr
75 que ça évolue bien. Souvent ils ont des drains soit ils ont un Redon soit ils ont une lame. Ils ont
76 quand même des antalgiques parce que ça peut bah c'est quand même douloureux. Donc ils ont
77 des KT péri nerveux, ils ont des PCA. Souvent ils sont sous morphines. Ils restent au moins
78 une semaine, je veux dire. Le temps que les SSR aient la place. Et nous en même temps on
79 surveille du coup la cicatrisation. Donc du coup il y a les kinés qui passent en attendant euh
80 dans le service pour commencer la rééducation.

81 **A : D'accord. Vous faites appel à d'autres professionnels durant l'hospitalisation ? Donc**
82 **on a le psychologue, le chirurgien, l'infirmière, donc j'imagine l'aide-soignante, le kiné,**
83 **c'est ça ?**

84 L : Oui.

85 **A : D'autres professionnels ?**

86 L : Non en général il y a que ces gens-là qui interviennent. Il n'y a pas d'autres professionnels.

87 **A : Donc ensuite c'est la rééducation pour tous les patients ?**

88 L : Euh beh oui. C'est tout ceux qui sont à appareillables. Si c'est des personnes trop âgées qui
89 ne sont pas appareillables, ils ne vont pas en rééducation.

90 **A : D'accord. Est-ce qu'au sein du service vous avez la possibilité d'avoir une formation**
91 **en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à un patient**
92 **amputé ou prochainement amputé ?**

93 L : Alors je pense qu'on doit avoir des formations possibles. Là je sais qu'en ce moment toutes
94 les formations c'est un peu bloqué avec le COVID. Mais j'avoue que je ne me suis pas
95 renseignée mais il doit y avoir des formations possibles.

96 **A : D'accord du coup vous ça fait 6 ans que vous êtes dans le service. Vous êtes formé...**

97 L : Formée sur le tas oui.

98 **A : C'est l'expérience qui fait que vous arrivez à mener un entretien...**

99 L : Après c'est toujours... moi quand je suis arrivée au début en service ce qui m'a fait bizarre
100 c'est qu'ils annoncent ça au pied du lit du patient. Ça paraît un peu choquant parce que pour
101 moi... bon maintenant c'est... il y a comme une habitude. C'est un peu malheureux à dire
102 mais... mais quand je suis arrivé au début ça m'a un peu choqué qu'ils annoncent ça dans la
103 chambre du patient. Qu'il n'y ait pas une consultation faite exprès, voilà... Après faut dire que
104 les patients sont souvent dans leur lit, perfusés tout ça donc c'est difficile de les déplacer en
105 consultation. Donc d'où le rôle important du coup de l'infirmière de bien reprendre avec le
106 patient. D'être là pour lui derrière.

107 **A : Peut-être d'utiliser d'autres termes, expliquer...**

108 L : Oui voilà.

109 **A : Reformuler...**

110 L : C'est ça voilà.

111 **A : Du coup 4e question. Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient**
112 **amputé qui s'est bien déroulé dans l'ensemble ?**

113 L : Euh bah toutes se déroulent quand même bien normalement dans l'ensemble. Ah Ben on a
114 un patient actuellement, qui avait du coup une artériopathie AOMI à un stade. C'est à dire ils
115 ont des plaies. Il avait des plaies nécrotiques. Et en fait ils n'ont pas pu revasculariser. Donc du
116 coup ils l'ont amputé. Et là il va beaucoup mieux depuis qu'il est amputé parce qu'il a beaucoup
117 moins de douleur. Là on a commencé les pansements. Donc on en est au 2e pansement. On a
118 retiré tout ce qui est drain... drain... il avait un drain lui, un Redon. Ca cicatrise bien et après
119 on attend un centre de rééducation.

120 **A : D'accord. Il accepte plutôt bien ?**

121 L : Il accepte bien ouais. Là il marche avec un déambulateur sur une jambe ça se passe bien.

122 **A : Donc amputée d'une seule jambe ?**

123 L : Ouais , c'est en dessous du genou, en Trans tibial.

124 **A : Ok donc il va être appareillé ?**

125 L : Oui.

126 **A : Il a quel âge ce patient ?**

127 L : Il doit avoir entre 70 et 80, 75 je dirais.

128 **A : D'accord. Il est bien moralement, il l'accepte ?**

129 L : Oui. Il est resté plusieurs jours en fait dans le service parce qu'au début il était sous héparine

130 et il est resté plusieurs jours parce qu'ils se posaient la question d'opérer pas opérer... Après il

131 a fallu le... pouvoir trouver une place pour lui entre le programme opératoire parce que ce

132 n'était pas une urgence vital. Et du coup-là il languissait de se faire opérer justement ce qu'il

133 tenait plus au niveau de la douleur.

134 **A : Donc là il se sent beaucoup mieux après la chirurgie ?**

135 L : Ouais.

136 **A : Et du coup, à l'inverse, Est-ce que vous pouvez me raconter une prise en charge avec**

137 **un patient qui a été difficile pour vous ?**

138 L : Euh...

139 **A : Peut-être il y a quelques années ?**

140 L : Franchement... Après justement, cette dame dont je parlais, ça a quand même été difficile

141 pour elle. Parce que, elle, c'est arrivé brutalement. Parce qu'elle avait aucun soucis de santé.

142 Une dame assez jeune. Et du coup elle a embolisé, euh, il y a un embolie qui est parti dans son

143 artère. Ils ont dû l'amputer. Et elle c'est sa vie qui a basculé un peu du jour au lendemain. Donc

144 ça a été plus dur pour elle de l'accepter. Et après elle a aussi des enfants donc il y a pour toute

145 la famille aussi ça a été dur à accepter. Après voilà elle se remettait en question sur son travail

146 son... enfin sur sa vie, comment ça aller se passer donc voilà...

147 **A : Et là c'était il y a combien de temps cette histoire ?**

148 L : Après il y a un moment. Je crois il y a 3 ans.

149 **A : D'accord. Et là, le psychologue est intervenu ?**

150 L : Oui la psychologue là, était intervenu. Et là, c'était important. Elle l'avait eu du mal à

151 l'accepter.

152 **A : D'accord. Les proches peuvent être vus par la psychologue ?**

153 L : Bah là c'était... il n'y avait pas le COVID. Donc du coup il y avait les... alors il y avait des
154 entretiens avec oui elle les voyait. Et en plus nous on pouvait voir la famille en même temps le
155 patient l'après-midi. Bien reprendre avec eux.

156 **A : D'accord OK. Et une question qui me vient comme ça, toujours au niveau de la place**
157 **de la famille, est-ce que pour vous c'est une ressource ou bien c'est une difficulté en plus ?**

158 L : Alors ça peut être une ressource parce que ça peut aider la personne à mieux l'accepter, lui
159 faire voir les choses un petit peu autrement. Dire que la vie aussi c'est possible même si on est
160 amputé. Je reviens sur la douleur, mais de vivre sans douleur c'est quand même mieux. Surtout
161 que maintenant il y a des prothèses qui sont bien faites, la rééducation c'est possible. Et après
162 des fois la famille, euh... c'est plus au niveau des médecins parce que peut-être il y a plus...
163 c'est plus au niveau chirurgical. Des fois la famille qui ne veulent pas amputer qui veulent
164 réessayer de revasculariser. Qui freinent un petit peu sur ça.

165 **A : Et de manière générale, enfin c'est difficile de dire de manière générale mais au niveau**
166 **de l'image corporelle les patients, comment ils se sentaient et vous comment vous agissez**
167 **face à... un patient j'imagine... même vous ça doit vous heurter le fait de voir un patient**
168 **partir avec on va dire ses 2 jambes au bloc et revenir...**

169 L : Ouais mais en fait ça choque pas tellement parce qu'ils sont tellement mal avant
170 l'amputation, ils souffrent tellement que en fait on quand ils reviennent... Bon ils ont mal
171 souvent en post-op ce qui est normal mais après dans les jours à venir on les voit beaucoup
172 mieux. Dans les cas où ça cicatrise bien, ils sont mieux après. Et donc c'est pas choquant.

173 **A : Il n'y a pas d'autres intervenants, des activités qui sont mises en place... Je sais**
174 **qu'avec le covid...**

175 L : Les activités, non. Même ici on est en service de chirurgie on fait pas d'activité. Et voilà
176 j'sais pas ce qui existe dans d'autres établissements...

177 **A : Vous les envoyez dans quel centre de rééducation ?**

178 L : Souvent il y a le SSR, c'est plus des spécialisés dans la rééducation. Il y a le centre de
179 rééducation, ... euh ça c'est les deux principaux pour la rééducation avec appareillage. Et après
180 sinon il y a des centres de rééducation polyvalente.

181 **A : D'accord oui parce que là les 2, centres c'est vraiment...**

182 L : La spécialité pour la rééducation pour l'appareillage.

183 **A : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?**

184 L : Non

185 **A : Du coup, vous avez dit que lorsque vous avez pris votre service ici j'imagine les**
186 **premiers mois ça a été difficile ?**

187 L : C'est l'annonce qui a... enfin moi ça me choquait un peu d'annoncer ça au pied du lit du
188 patient. Je me disais il y a... souvent il y a quelqu'un à côté. Et puis le patient on lui dit ça puis
189 on le laisse, on part.

190 **A : Il y a quelqu'un à côté, chambre double vous voulez dire ?**

191 L : Oui en chambre double pas forcément des chambres seules. Et c'est vrai que moi je voyais...
192 Que ce soit amené avec les psychologues tout ça... Mais souvent c'est vrai que c'est dit lors de
193 la visite. Les chirurgiens annoncent ça et puis partent faire les autres patients . Et nous bah on
194 est obligé d'aller revoir pour reprendre avec eux surtout si ç...a il y en a qui sont choqués un
195 peu qui sont démoralisés quoi d'entendre ça. Ça ne se passe pas toujours bien non plus les
196 annonces.

197 **A: Et maintenant, 6 ans après avec ce recul ?**

198 L : Bah du coup c'est... ça me choque moins parce que du coup c'est ce qui se fait depuis des
199 années. Et après avec le recul vu que j'ai vu des personnes beaucoup mieux une fois amputée.
200 Après on a plus d'expérience pour rassurer les patients pour partager avec eux sur ce qui est
201 déjà arrivé et voir avec eux leur rééducation, leur montrer tout ce qui est possible quoi. C'est
202 pas parce qu'on a une jambe en moins que tout s'arrête.

203 **A: C'est parfait. C'est tout pour moi au niveau des questions.**

204 L : C'est bon ?

205 **A : Oui.**

206 L : Super .

207 **A : Merci beaucoup.**

- IDE 2, Samantha

1 **Aziza : Dans le cadre de mon travail de fin d'étude du coup je réalise ces entretiens pour**
2 **mon mémoire de fin d'étude dont le thème est l'amputation.**

3 Samantha : d'accord l'amputation au sens général, orthopédique ?

4 **A : Oui notamment en chirurgie vasculaire thoracique car j'ai effectué mon stage du**
5 **semestre 4 en chirurgie vasculaire et thoracique dans un autre établissement et du coup**
6 **d'où mes situations d'appels en fait.**

7 S : Ok.

8 **A : Alors du coup votre prénom s'il vous plaît ?**
9 S : Alors Samantha

10 **A : Samantha... votre date de DE ?**
11 S : Il y a 10 ans donc en 2012 peut être dès fin 2011.

12 **A : A peu près et l'ancienneté dans le service ?**
13 S : 10 ans, depuis que j'ai mon DE.

14 **A : 10 ans. Vous avez travaillé essentiellement en chirurgie vasculaire et thoracique ?**
15 S : Oui c'est ça, depuis que j'ai eu mon DE je suis là.

16 **A : C'est un choix du coup ?**
17 S : Ouais j'ai fait mon stage DE ici.

18 **A : D'accord le stage prépro, c'est ça ?**
19 S : Non DE. Ici nous c'est le stage DE, après le prépro. Voilà.

20 **A : Ah d'accord c'est le dernier stage. Alors du coup dans votre service comment se**
21 **déroule l'annonce d'une amputation auprès du patient ?**
22 S : Alors ça s'effectue dans sa chambre au pied du lit en présence du médecin et au moment
23 général de la visite. En général c'est comme ça ça peut être aussi quand le médecin a décidé de
24 de lui annoncer le matin ça peut être le matin mais c'est plutôt au niveau du tour autour du soir
25 avec les chirurgiens c'est comme ça.

26 **A : D'accord et quel professionnel sont présents lors de cette annonce ?**
27 S : L'infirmier, le chirurgien et en général il y a interne.

28 **A : D'accord et l'entourage est présent ou pas ?**
29 S : Si le patient n'est pas cohérent on prévient souvent l'entourage mais c'est pas forcément avec
30 le patient.

31 **A : D'accord c'est dans un 2nd temps peut être avec l'entourage.**
32 S : C'est oui c'est plus dans un 2nd temps voir en premier temps c'est vraiment le patient est
33 incohérent. Si on estime qu'il est incohérent et que là et qu'il ne va pas comprendre l'information
34 on annonce plutôt à la famille avant.

35 **A : D'accord et du coup c'est de manière générale ou bien par exemple si le patient**
36 **demande à ce que ses proches soient là enfin comment dire... Il est prévenu ou c'est lors**
37 **d'une visite quotidienne comment...**
38 S : Alors c'est difficile à répondre à cette question parce qu'il y a le contexte, le contexte qui
39 est tout le temps différent. Déjà c'est très rare mais vraiment très enfin ça arrive hein je ne dis

40 pas qu'un patient n'est jamais été opéré il arrive et on l'ampute. Déjà ça je sais pas en 10 ans j'ai
41 dû le voir peut être 2-3 fois.

42 **A : C'est-à-dire ?**

43 S : Beh c'est très rare qu'un patient arrive qu'on l'a jamais opéré, on n'a jamais fait
44 d'angioplastie, on n'a jamais opéré de... d'une chirurgie vasculaire et d'un coup il arrive avec
45 une plaie telle qu'on risque de l'amputer. C'est rare qu'il arrive qu'il n'a jamais été opéré qu'il
46 sait pas qu'il a un AOMI et d'un coup on décide d'amputer ça arrive hein je dis pas mais c'est
47 très rare donc l'annonce elle n'est pas là dans ces cas-là l'annonce elle va être choquante. Parce
48 que c'est un patient qui n'a jamais été opéré il était même pas au courant qu'il avait une maladie
49 et d'un coup on va lui annoncer qu'il va être amputé donc là dans ces cas-là on prend une
50 précaution particulière, on prend vraiment le temps je dis pas qu'on le prend pas pour les autres
51 patients mais on s'assure qui enfin le chirurgien vient déjà il va commencer par lui annoncer
52 peut être que ça plaît n'est pas jolie qu'il va falloir réfléchir et après bon on annonce le
53 diagnostic. Mais après c'est souvent c'est des patients qu'on a déjà opéré ils savent qu'ils ont une
54 AOMI. On leur a déjà fait une angioplastie d'ailleurs on leur on leur a fait peut être un pontage
55 et ils savent que en général si ces chirurgies ne marchent pas on finit par être amputé. Donc déjà
56 ils ont cette notion d'amputation dans leur tête souvent.

57 **A : D'accord c'est amener progressivement.**

58 S : Beh oui, ils le savent voilà après je dis pas que après quand l'annonce est fait qu'on a pas
59 d'autre choix que de l'amputer oui on va le on va on va leur dire clairement au pied du lit après
60 ils sont pas remonter qu'ils veulent voir leur famille quoi.

61 **A : D'accord, c'est plutôt l'inverse ils préfèrent rester seul ?**

62 S : Ouais ça ça dépend ça dépend franchement ça dépend des patients.

63 **A : D'accord et du coup au sein du service est-ce qu'il y a un référent annonce, un référent
64 infirmier ?**

65 S : Non il n'y a pas de référent infirmier. On n'a pas de salle non plus dédiée. C'est vraiment au
66 c'est vraiment lors de la visite hein c'est vrai qu'on n'a pas de salle spéciale comme ça peut être
67 en oncologie où il y a une annonce faite... voilà c'est vraiment, c'est pas comme ça que c'est
68 fait quoi.

69 **A : D'accord et du coup je rebondi juste sur une information que j'ai eue juste avant vous
70 avez des chambres doubles donc si le patient est dans une chambre double vous
71 annoncez...**

72 S : On l'annonce en chambre double de la même manière que... parce qu'en plus enfin j'ai
73 réfléchi déjà plusieurs fois à une salle dédiée je dis pas que ça peut pas se faire mais quand ils
74 sont quand on doit annoncer une amputation, en général il y a une plaie, ils ont mal, ils arrivent
75 pas à se lever, ils sont dans leur lit, pour certains patients c'est possible peut être de les mettre
76 au fauteuil et de les amener dans cette salle pour leur annoncer. Mais bon souvent les faire
77 quitter de la chambre c'est compliqué quoi... Dernier patient qu'on a amputé on n'a même pas
78 réussi à lui l'emmener au lavabo faire sa toilette. Donc le jour du bloc c'était toilette au lit. Donc
79 les amener dans une salle pour faire...

80 **A : Ce n'est pas adapté, c'est compliqué ?**

81 S : Ca peut l'être pour certains mais pour d'autres et la majorité je pense que c'est ça peut être
82 compliqué.

83 **A : D'accord et du coup une fois que l'annonce une fois que le diagnostic d'amputation est**
84 **confirmé est ce qu'il y a un entretien infirmier qui est réalisé par la suite ?**

85 S : Alors déjà on amène un peu le patient. C'est à dire qu'on doit lui faire son pansement de
86 pied. On va lui dire déjà avant l'annonce de l'amputation on va lui dire « Votre pied, qu'est-ce
87 que vous en pensez ? ». Pour voir s'il est un peu dans le déni ou pas. Il va nous dire « Bon beh
88 écoutez-moi je trouve que ça va y'a pas grand-chose » ou « Beh oui je vois qu'il évolue mal »
89 Bon déjà on m'a amené... Enfin le chirurgien nous en a peut-être parler... Il va nous dire « Oui
90 il y a un risque d'amputation. Je pense qu'on va devoir l'amputer cette semaine. » Il va falloir
91 que je le dise. Donc déjà quand on fait les pansements de pied on l'amène un peu dans ce sens-
92 là. On va leur dire voilà votre pansement qu'est-ce que vous en pensez. Après on va voir ou
93 pas s'il est dans le déni. Après l'annonce est faite par le chirurgien et nous-mêmes. Enfin on est
94 présent. Et après beh ça dépend des patients. On leur propose souvent de voir la psychologue il
95 y a quand même une psychologue dans le service. Il y en a qui disent oui il y en a qui disent
96 non. Même s'ils disent non on en parle quand même à la psychologue. Automatiquement elle
97 peut quand même passer juste se présenter dire « bon voilà je suis dans le service si vous voulez
98 me voir je suis là ». Des fois en la voyant, ils ont dit non avant et ils l'ont visualisé donc ils
99 disent oui ils veulent la voir. Et puis après nous c'est au moment des pansements, c'est là...
100 c'est un peu long parce qu'en amputation donc c'est là où on parle avec eux. On leur demande
101 le moral, comment ça va ? S'ils ont des douleurs ? S'ils sentent encore la jambe ? Donc c'est
102 à ce moment-là qu'il se confie.

103 **A: Donc là c'est plutôt avant le l'annonce ?**

104 S : Non même après une fois même après qu'ils sont amputé c'est le moment du pansement,
105 c'est assez long. On leur parle hein... On leur demande leur moral.

106 **A : D'accord mais ce que je veux dire c'est qu'automatiquement après l'annonce par le**
107 **médecin il n'y a pas un entretien qui est vraiment dédié ?**

108 S : Non, non.

109 **A : C'est au cours de soins ?**

110 S : Voilà, c'est vraiment au cours des soins ou au cours du tour. On prend plus de temps au
111 moment du pansement quand même.

112 **A : Pour reprendre voir un petit peu son ressenti ?**

113 S : C'est ça. C'est les rassurer aussi parce que bon ils voient l'amputation, ils voient que c'est...
114 des fois la fin. On leur dit... Il y'en a certains... « Vous pouvez être rééduqué », même s'ils ne
115 sont pas rééducables « Vous pouvez être à la maison » donc voilà.

116 **A : Et du coup la place de la famille au moment de cette annonce ou même le lendemain**
117 **ou le surlendemain elle est où ? Est-ce que...**

118 S : Alors là c'est un peu particulier parce qu'on est en période de Covid donc les visites sont
119 interdites. L'été c'était qu'une personne. C'était qu'une heure. Donc les gens des fois ils
120 travaillent. Donc il n'y a pas forcément la famille qui était là. Ils prennent des nouvelles quand
121 même par téléphone. Mais après ça dépend les gens. La place de la famille, je dirais ça dépend.
122 Si on voit que la famille est présente tous les jours bien sûr qu'on va attendre que la famille soit
123 là pour l'annonce. Si tous les après-midi une famille était là ou même pas tous les après-midi
124 on sait qu'ils sont là 2, 3 fois dans la semaine, pour l'annonce on va attendre qu'il soit là. Mais
125 après il y a des patients ils ont pas tant de visites que ça, il y a pas tant d'appels donc c'est le
126 patient en priorité. On n'attend pas forcément qu'il y ait quelqu'un de la famille ou la personne
127 de confiance.

128 **A : D'accord. Mais si elle souhaite justement avoir des informations par téléphone vous**
129 **leur donnez ?**

130 S : Ah mais oui mais après ça dépend. C'est d'abord le patient.

131 **A : Vous lui demandez ?**

132 S : Beh on demande au patient qui veut être au courant ? Si on peut donner des informations à
133 telle personne... ? Voilà. Mais s'ils sont cohérents de toute manière elle a pas de problème. On
134 leur dit « Vous appelez le monsieur à tel numéro ». Les informations ne se donnent pas comme
135 ça de toute façon.

136 **A : Et pour vous du coup d'une manière générale, la famille c'est plutôt une ressource du**
137 **coup pour l'annonce ?**

138 S : Oui ça peut l'être oui c'est une ressource. Après il y en a ils sont anxieux. Voilà ça rajoute
139 de l'anxiété au patient. Mais bon après ça c'est quand même assez rare. Et c'est une ressource.
140 Ils leur disent... ils leur remontent le moral. Ils leur disent voilà... leurs questions c'est « à
141 domicile comment je vais faire » « mais t'inquiète pas on va trouver des solutions ». Voilà c'est
142 quand même...

143 **A : Sur le plan psychologique quand même ça aide pas mal ?**

144 S : Oui.

145 **A : D'accord et du coup au niveau de votre service est-ce que vous avez la possibilité**
146 **d'avoir une formation en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à**
147 **tenir face à un patient qui va être amputé ?**

148 S : La conduite à tenir bon... je vois pas ce qu'on entend par la conduite à tenir...

149 **A : Dans le sens où en fait vous le faites...**

150 S : On sait le devenir du patient amputé. On le connaît dans le service.

151 **A : Enfin après là c'est aussi par rapport à l'expérience. C'est avec l'expérience que vous**
152 **savez comment vous comportez, ce qu'il faut dire, ce qu'il faut reformuler et cetera. Mais**
153 **est ce qu'il y a une formation qui existe pour avoir...**

154 S : Il doit y avoir des formations annonce. Mais bon après déjà c'est en période de covid donc
155 toutes les formations ont été bloquées. Puis c'est particulier... c'est une chirurgie... c'est pas
156 comme en ortho... ils sont âgés... donc c'est en fonction de ça en fonction de l'état cognitif du
157 patient. On a des dialysés ils sont déjà fatigués. Ils en ont déjà marre des dialyses. Donc on ne
158 peut pas parler de la même manière à un jeune qui a eu une AOMI et qu'on a amputé qu'à une
159 personne âgée qui est démente et qui dialyse 3 fois par semaine. Voilà donc c'est... je sais pas
160 si j'ai répondu à la question mais...

161 **A: Oui, du coup-là c'était est-ce qu'il avait la possibilité d'avoir une formation en ce qui**
162 **concerne l'annonce.**

163 S : Beh la possibilité je pense qui on peut en avoir une mais... mais après...

164 **A : Ça vous est pas vraiment proposé du coup ?**

165 S : Non c'est pas proposé.

166 **A : Parce qu'apparemment il existerait des référents annonces.**

167 S : D'accord.

168 **A : Des infirmiers référents annonces au sein de service. Du coup dans le service il n'y en**
169 **a pas ?**

170 S : Beh non écoutez mais après on avait discuté avec les collègues. C'est vrai que pour l'annonce
171 on s'était questionné.

172 **A : Est-ce que l'ancienneté et l'expérience peut... par exemple vous ça fait 10 ans que vous**
173 **êtes dans le service, est ce que vous vous êtes plus...**

174 S : Moi j'ai le souvenir d'être jeune diplômé d'avoir mon premier patient jeune qui arrive. Qui
175 n'a jamais été opéré. Et on doit lui annoncer qu'il doit être amputé. Et j'ai dit à ma collègue s'il
176 te plaît, lors de l'annonce est-ce que tu ne peux pas y aller ? Parce que je ne me sentais pas d'y
177 être. Maintenant ça va mieux mais je me rappelle au début ça a été... ouais parce que je me dis
178 il va pleurer je ne vais pas savoir quoi dire... ouais je me souviens que... ça m'a... j'étais en
179 difficulté.

180 **A : Et du coup, là, aujourd'hui, 10 ans après est ce que ça va mieux mais est ce que en**
181 **essayant de prendre un peu de recul, est ce que vous pensez que c'est du coup pertinent**
182 **de proposer une formation pour les nouveaux diplômés ?**

183 S : Oui mais même pour nous hein je pense que ça serait même mieux.

184 **A : D'accord ça serait intéressant d'avoir une formation pour savoir ce qu'il faut dire, à**
185 **quel moment, est ce que c'est approprié ou pas...**

186 S : Oui, oui je pense que même... même pour... bon avec l'ancienneté on a plus de facilité mais
187 bon je pense que même pour les anciens c'est bien.

188 **A : D'accord et au niveau du coup de cette annonce du coup la relation soignant soigné,**
189 **donc vous vous établissez cette relation au cours des soins.**

190 S : Oui c'est plus au cours des soins. Voilà, et ça dépend comment le prend le patient. Si on sent
191 qu'il est fermé on va pas y aller de suite. Il faut le laisser un jour tranquille avec cette annonce
192 après ça dépend... Des fois il faut aussi... on sent qu'il faut y aller de suite après, voir comment
193 il se sent quoi mais bon ça c'est le ressenti.

194 **A : Ça c'est le ressenti de chacune d'entre vous ?**

195 S : De chacune d'entre nous et de voilà le paraverbal du patient quoi.

196 **A : D'accord et une nouvelle fois est ce que vous pensez que l'expérience intervient ?**

197 S : Ouais je pense. Il y a l'expérience et le savoir-vivre aussi.

198 **A : D'accord. Donc du coup on en est à la 4e question. Pouvez-vous me raconter une prise**
199 **en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulé dans l'ensemble ?**

200 S : Oui. Un patient qui vient plusieurs fois il a eu une angio, il a eu un pontage. Et... beh il
201 revient parce que ça reboucher et qu'il a tellement mal au pied qu'il languit d'être amputé. Voilà
202 ça arrive.

203 **A : D'accord. Qu'il l'exprime clairement ?**

204 S : Ouais il m'a dit « je préfère être amputé parce que j'ai tellement mal » et de toute façon ils
205 ne peuvent même plus marcher sur leurs pieds donc...

206 **A : D'accord et du coup je voulais juste savoir par rapport à... justement, là vous me dites**
207 **un patient qui clairement veut être amputé car il a très mal. Est-ce que vous pensez que**
208 **l'âge du patient intervient c'est-à-dire... ce discours, les patients qui ont ce type de**
209 **discours, ils ont à peu près quel âge ?**

210 S : C'est rare d'en avoir de moins de 50 ans déjà. Mais là j'en ai un de je crois qu'il a 70 ans il
211 m'a exprimé sa hier. Mais j'en ai eu un de 50 ans qui m'avait dit ça. Donc je sais pas si l'âge...
212 Après c'est des gens qui sont quand même... A 70 ans il est quand même en bon état général.
213 Donc c'est peut être des gens qui pensent être rééduqués derrière. Voilà. Donc peut être que le
214 papi de 85 ans ne va l'exprimer. J'ai pas le souvenir d'une personne très très âgé pour me le dire.
215 Voilà.

216 **A : D'accord et très souvent du coup c'est le diabète, le tabac... ?**

217 S : Ouais c'est clairement ça, diabète, tabac.

218 **A : Vous faites de l'éducation thérapeutique en ce qui concerne les consommations de**
219 **tabac ?**

220 S : Oui, oui. Oui ça on le dit clairement.

221 **A : Il y a des patchs qui sont instaurés directement... ?**

222 S : L'équipe de tabaco passe. Même souvent même si on sent qu'ils ne veulent pas on les fait
223 quand même passer.

224 **A : Vous avez un protocole ?**

225 S : En fait, ils passent tous les tous les jours. On colle les étiquettes et on marque pourquoi ils
226 doivent passer. Et on leur donne les patchs et les gommages qui nous prescrivent.

227 **A : D'accord pareil pour le diabète ?**

228 S : Le diabète, s'ils ne sont pas équilibrés on se pose la question s'ils ont diabétologue. Beh
229 s'ils n'en ont pas y'en a on prend des rendez-vous pour le pied diabétique. Voilà on est on essaie
230 quand même d'être assez rigoureux là-dessus.

231 **A : D'accord et du coup à l'inverse est-ce que vous pouvez me raconter une prise en charge**
232 **qui a été difficile pour vous ? Une prise en charge d'un patient amputé qui a été difficile**
233 **pour vous ?**

234 S : Euh oui. C'est souvent les patients dialysés . Qui en ont déjà marre de leur dialyse alors
235 quand on leur apprend qu'il y a une ampute derrière... oui j'ai un patient... oui dialysé qui
236 venait déjà pour des fistules. À qui on a déjà amputé et qui l'a mal vécu hein.

237 **A : Il ne l'a pas accepté ?**

238 S : Ouais. Beh il dialyse déjà 3 fois par semaine donc se retrouver avec une jambe en moins ça
239 a été compliqué. Surtout qu'en plus son logement je crois qu'il était pas au rez-de-chaussée
240 donc... Donc ouais ça a été très compliqué pour lui. Après beh nous c'est des durées de séjour
241 normalement qui sont courtes. Bon là , il est resté un petit peu plus parce qu'il était dialysé et
242 on n'avait pas le SSR de suite. Mais après oui on n'a pas de de retour après le SSR. Donc je ne
243 sais pas s'il a fini par accepter ou pas.

244 **A: Et vous comment vous l'avez géré cette ...**

245 S : Beh à chaque pansement on essaie d'instaurer une conversation, une relation. Mais après
246 c'est sûr que... Il broyait du noir hein donc on avait fait passer la psy mais... mais ça n'avait
247 pas donné grand-chose. Il était vraiment démoralisé.

248 **A : D'accord et là la famille elle a été consulté ?**

249 S : Oui.

250 **A : Est-ce que vous avez pris l'initiative de téléphoner ?**

251 S : Oui on avait téléphoné. Oui quand se passe comme ça on téléphone on appelle la famille,
252 on leur demander de passer hein... Des fois ça peut leur remonter le moral. Et mais voilà là ça
253 n'avait strictement rien fait. C'était une famille assez positive en plus hein c'était pas une famille
254 qui rajoutait de l'anxiété au patient mais... Mais là, rien n'y faisait, rien n'y faisait.

255 **A : Et vous du coup comment ça se passe pour vous soignant, vous en discuter entre vous ?**

256 S : Oui on en discute au niveau de la relève. On relève les problèmes donc le problème d'une
257 amputation d'un patient très déprimé on en parle hein mais bon...

258 **A : Mais quand il y a un cas vraiment difficile comme ce patient, est ce qu'il y a un temps**
259 **qui est posé pour pouvoir vraiment discuter ? Un staff ou je ne sais pas... ?**

260 S : Franchement c'est un temps informel voilà... On sait que bon il y a ce patient qui va pas
261 bien, si on a le temps on va passer plus de temps dans sa chambre. Mais c'est vrai qu'on pose
262 pas un même temps de... on va se dire « bon il est pas bien aujourd'hui je vais passer 1h avec

263 un entretien avec ce patient ». Et puis après je ne sais pas s'il accepterait enfin je sais pas si
264 ça...

265 **A: S'il accepterait que vous vous...**

266 S : Beh qu'on fasse un entretien alors qu'il est dans le déni, dans le refus.

267 **A : Et pour vous les soignants, pour gérer vos émotions et cetera ?**

268 S : Non, non, ça non. On prend pas de... voilà. On discute entre nous au moment de la relève
269 voilà.

270 **A : D'accord. J'en ai fini avec mes questions. Est-ce que vous avez d'autres choses à
271 m'ajouter ?**

272 S : Non, non.

273 **A : Est-ce que pour vous du coup la... en quoi la relation soigné justement elle permet au
274 patient d'accepter ce qui lui arrive ? Vous pensez que vous y contribuez ?**

275 S : Oui je pense oui . C'est progressif. Oui, oui, je pense qu'on fait prendre conscience pour
276 ceux pour qui c'est difficile bon pour ceux que ça se passe bien comme le premier patient que
277 j'ai raconté bon c'est assez facile parce qu'ils ont accepté ils ont compris après pour les patients
278 pour qui c'est plus compliqué oui je pense qu'on amène progressivement à une annonce brutale.
279 Donc et après bon beh on est là quand l'annonce est faite pour les guider, pour les reconforter
280 si on peut. Et après des fois on n'y arrive pas bon je... on apporte quelque chose.

281 **A: Et plus ou moins la durée d'hospitalisation d'un patient, elle dure combien de temps ?**

282 S : Pour un amputé normalement à partir de 6 jours ils sont sortants. Mais le problème c'est que
283 on ne les laisse pas sortir... voilà, il faut qu'il y ait une maison de repos, une maison de
284 rééducation derrière donc c'est pour ça que les durées de d'hospitalisation sont plus longues.

285 **A : D'accord ils ne retournent pas chez eux dans certains cas ?**

286 S : Non à part si c'est une maison de retraite dans ce cas-là parce que si c'est à domicile on ne
287 les fait pas entrer directement sans rééducation.

288 **A : D'accord. Ensuite, ils sont suivis par le chirurgien en consultation externe ?**

289 S : C'est ça.

290 **A : Pour vous la prise en charge s'arrête là ?**

291 S : Exactement ouais.

292 **A : Et en général c'est les services de rééducation qui prennent la relève ?**

293 S : Ouais, de rééducation ou de SSR pour ceux qui sont pas rééducables.

294 **A : D'accord. C'est parfait pour moi vous avez répondu à toutes les questions.**

295 S : Parfait.

296 **A : Merci beaucoup.**

297 S : Mais de rien.

- IDE 3, Diana

1 **Aziza : Dans le cadre de mon TFE j'organise des entretiens semi directifs afin de mener à**
2 **bien mon travail de fin d'étude sur le sujet de l'amputation.**

3 Diana : D'accord.

4 **A : Dans votre service comment se déroule l'annonce d'une amputation auprès d'un**
5 **patient ?**

6 D : Alors c'est d'abord le chirurgien qui l'annonce. Voilà c'est le chirurgien qui fait qui fait
7 l'annonce de l'amputation.

8 **A : D'accord. Tout seul ?**

9 D : Avec l'interne, avec nous quand on fait la visite.

10 **A : D'accord et c'est à quel moment de la journée la visite ?**

11 D : Après bah ça dépend quand on fait l'annonce de l'amputation en général c'est à l'annonce de
12 la visite du soir. Quand il y a amputation en urgence. Quand c'est une amputation programmée
13 ça se fait en consultation en amont.

14 **A : Avant d'arriver au sein du service ?**

15 D : Oui.

16 **A : D'accord et du coup vous y êtes systématiquement lors de l'annonce vous infirmière ?**

17 D : Oui.

18 **A : D'accord il y a obligatoirement une infirmière, le chirurgien et d'autres personnes ?**

19 D : L'interne s'il est là.

20 **A : Pas d'autres professionnels de santé du coup ?**

21 D : Non. Après il peut y avoir aussi l'aide-soignante quand elle fait de la visite du soir mais
22 après pas de...

23 **A : Donc là quand c'est dans la chambre du patient c'est dans le cadre de l'urgence c'est**
24 **ça ?**

25 D : Dans le cadre de l'urgence ou de... oui de... suite d'exams qui fait que pas d'autres
26 possibilités de l'acte chirurgical.

27 **A : Autrement de manière générale c'est lors d'une consultation en amont et puis l'entrée**
28 **dans le service est programmée ?**

29 D : Voilà.

30 **A : D'accord. Est-ce qu'au niveau du service du coup il y a un infirmier référent annonce**
31 **ou un quelconque soignant référent annonce ?**

32 D : Non.

33 **A : D'accord, ça vous a été proposé ?**

34 D : Non.

35 **A : D'accord. C'est le fonctionnement habituel du service. Ok donc euh... deuxième**
36 **question. Un entretien infirmier est-il réalisé avec le patient après l'annonce du**
37 **diagnostic ?**

38 D : Quand ils en ont besoin oui. Quand ils en ressentent... enfin après c'est pas un entretien
39 formel hein c'est plutôt informel.

40 **A : Seulement quand ils le demandent ou vous systématiquement vous repartez vers lui**
41 **pour essayer de revoir comment...**

42 D : Bah après si, on repart vers lui parce que on voit très bien à la visite comment soit comment
43 ils encaissent, comment... voilà. Mais sinon oui on va revoir derrière voir s'ils ont bien compris
44 si voilà comment ils se ressentent. Mais c'est après voilà c'est pas... c'est informel en fait c'est
45 fait dans le cadre du service de notre travail.

46 **A : D'accord et du coup au niveau de cette annonce, quelle est la place de la famille au**
47 **niveau du parcours de soins ? C'est-à-dire, il y a l'annonce et ensuite... vous la situez où**
48 **la famille ? Est-ce qu'elle est systématiquement prise en compte ?**

49 D : Alors oui elle est prise en compte bien sûr la famille. Mais bon après c'est d'abord le patient
50 et puis voilà si la famille a besoin aussi enfin voilà... Malheureusement dans le cadre du COVID
51 c'est plus compliqué avec les visites qui sont pas autorisés c'est quand même beaucoup plus
52 compliqué mais sinon la famille...

53 **A : D'accord. Vous avez des fois des cas, enfin des familles qui téléphonent pour confirmer**
54 **avec soit vous soit le chirurgien ? Qui souhaitent avoir des explications tout simplement ?**

55 D : Ouais. 98% du temps. Pour confirmer, prendre conscience et avoir plus d'explications.

56 **A : D'accord. Du coup troisième question. Avez-vous la possibilité d'avoir une formation**
57 **en ce qui concerne l'annonce d'une amputation et la conduite à tenir face à une prise en**
58 **charge d'un patient qui est amputé ?**

59 D : Non.

60 **A : Donc pas de formation possible ou comment dire... donc vous vous n'avez pas eu de**

61 **formation mais est ce que des formations existent ?**

62 D : Non. Enfin je pense oui ça doit exister, mais...

63 **A : D'accord ça ne vous est pas proposé ?**

64 D : Non.

65 **A : D'accord après pas forcément l'annonce d'une amputation. C'est l'annonce du**

66 **diagnostic en général ? j'imagine n'avez pas que des amputations au sein du service du**

67 **coup de manière générale une formation « annonce » ?**

68 D : Dans ce service, non.

69 **A : Et par curiosité, dans votre cursus d'infirmière ?**

70 D : Oui.

71 **A : D'accord. Donc peut-être vous, avant d'arriver ici vous avez déjà eu une formation... ?**

72 D : Oui avant d'arriver ici j'ai une formation d'annonce mais en cancérologie donc...

73 **A : D'accord. Est-ce que ça vous sert ici ? Est-ce que vous vous en servez ?**

74 D : Ouais.

75 **A : Donc vous trouvez que c'est bénéfique du coup d'avoir une formation ou bien on peut**

76 **se former entre « sur le tas » ?**

77 D : Pour moi là c'est sûr que la formation ça m'aide pour prendre en charge le patient pour...

78 Mais après est-ce que... Pour moi oui ça peut aider.

79 **A : D'accord dans quel sens ? Ça vous donne les clés on va dire ?**

80 D : Oui les clés pour l'écoute, pour employer les mots... les mots qu'il faut.

81 **A : D'accord donc vous si on vous pose la question à savoir est ce que c'est pertinent de**

82 **proposer une formation pour les soignants quand il s'agit d'une annonce de**

83 **diagnostic vous répondez ... ?**

84 D : Oui.

85 **A : D'accord. Ensuite du coup, quatrième question. Est-ce que vous pouvez me raconter**

86 **une prise en charge d'un patient amputé qui s'est dans l'ensemble bien déroulée ?**

87 D : Oui. Beh un patient qui rentre d'abord pour une artériographie. Donc il passe en

88 artériographie. On voit que beh il n'y a pas il y a rien à faire. Pas d'intervention possible à part

89 l'amputation. Donc l'annonce a été faite le lendemain de son d'artériographie. La date de son

90 bloc a été... a été fixé. Le patient qui l'a qui qui s'y attendait un peu en fait hein qui s'y attendait

91 un peu. Il a été opéré. Prise en charge opératoire, très bien. Aucune douleur après. Cicatrisation
92 parfaite. Très volontaire et du coup bien préparé aussi en amont du coup qui... qui bah niveau
93 autonomie et tout ça... a très bien pu se prendre en charge après du coup les suites ont été
94 favorables en fait.

95 **A : D'accord et du coup l'annonce dans ce cas-là a été faite avant l'hospitalisation ?**

96 D : Alors non. Enfin on lui a d'abord fait l'artériographie. Du coup l'artériographie elle dit que
97 il n'y avait pas de possibilité chirurgicale. Et du coup-là l'annonce a été faite juste après
98 l'artériographie.

99 **A : D'accord.**

100 D : Le lendemain. Et après ce qui s'était dit en consultation moi je ne sais pas si est ce que le
101 chirurgien ne lui en avait pas du coup déjà parlé et voilà.

102 **A : Vous ne savez pas s'il a été préparé du coup avant ?**

103 D : Voilà. Ça c'est les prises en charge quand même un peu parfaites. Donc qu'ils ont le temps
104 de passer l'artériographie que plutôt un patient qui arrive en ischémie aiguë et que là ce sera
105 voilà ... qu'il a... l'amputation est direct parce qu'il arrive déjà en ischémie aigue et voilà.

106 **A : Et du coup le patient, on imagine qu'il a été préparé à l'avance et comment il se sentait
107 moralement ?**

108 D : Très bien. Il a bien accepté. Ça s'est bien déroulé. Même les douleurs après du coup était...
109 il n'y avait quasiment pas de douleur parce qu'il était bien préparé. Il n'est pas arrivé non plus
110 dans une souffrance de de douleur donc...

111 **A : D'accord et c'est vrai que j'ai une question que j'ai pas du tout abordé qui me vient à
112 l'esprit. On parle souvent de douleur fantôme est ce que c'est pour les personnes amputées
113 les patients amputés. Est-ce que c'est... du coup ce n'est pas systématique ses douleurs
114 c'est patient-dépendant ?**

115 D : Patient-dépendant en général s'ils ont eu déjà... s'ils avaient des grosses douleurs avant ils
116 auront les douleurs du membre fantôme parce qu'ils avaient tellement mal avant que...

117 **A : C'est un petit peu intégré ?**

118 D : Ouais, ouais.

119 **A : C'est un peu systématique ?**

120 D : Ouais.

121 **A : D'accord et du coup, à l'inverse, est-ce que vous pouvez me raconter une prise en**
122 **charge d'un patient amputé qui s'est un peu moins bien déroulé qui a été difficile surtout**
123 **pour vous ?**

124 D : Alors, le dernier que j'ai eu c'était un patient insuffisant rénal, dialysé, diabétique qui arrive
125 avec une plaie chronique qui ne cicatrisait pas. Lui, la prise en charge, on savait qu'il venait
126 pour être amputé. Donc il est arrivé, mais en programmation pour une amputation en trans
127 tibiale. Patient âgé. Qui était un peu désorienté mais pas... qui vivait quand même à la maison
128 avec des aides et tout ça. Et en fait l'amputation en trans tibiale au début, parce que on tentait...
129 euh... la plaie était bien remonté sur tout le pied et au niveau de de la malléole mais en fait
130 l'amputation trans tibiale n'a pas fonctionné. L'infection était beaucoup plus importante. On a
131 laissé une chance de cicatrisation trans tibiale mais qui a pas fonctionné. Le patient en cours
132 d'hospitalisation du coup et avec l'anesthésie été un peu plus désorienté du coup ne comprenait
133 pas trop ce qui lui arrivait. Il tentait de se lever parce qu'il pensait encore qu'il avait son pied.
134 Du coup pour la prise en charge après qui a été compliqué c'est que bah la cicatrice c'est infecté.
135 Du coup on a dû lui réannoncer que là il fallait amputer mais beaucoup plus haut en trans
136 fémorale. Et là en fait ça a été compliqué pour lui et sa famille parce qu'ils ont pas compris bah
137 déjà pourquoi on n'a pas coupé plus haut alors que c'était la famille qui... la famille et le patient
138 qui voulait pas non plus une amputation en cuisse parce que bah le patient vivait chez lui. Il
139 pensait qu'il pourrait retourner à la maison après, après une petite rééducation. Et du coup là ça
140 a été compliqué parce que du coup après l'amputation trans fémorale a fait que le patient s'est
141 un peu dégradé physiquement. Et surtout moralement. Donc voilà...

142 **A: Parce qu'en trans tibiale c'est appareillable à tout âge ? Si le patient est en bonne**
143 **condition physique, il est appareillable ?**

144 D : Oui et puis bah même appareillable et puis ils peuvent aussi en plus se déplacer quand même
145 avec son déambulateur.

146 **A : Et par contre un en trans fémorale, c'est difficilement appareillable ?**

147 D : Si, si ça peut l'être. Mais il faut être en bonne condition physique.

148 **A : D'accord donc là pour ce patient ça a été... dur, au niveau psychologique ?**

149 D : Psychologique et moralement, pour lui et puis même pour ces fils en fait.

150 **A : D'accord. L'entourage qu'il ne l'a pas forcément accepté du coup ?**

151 D : Beh l'entourage l'on accepté mais c'est pour les suites en fait. Du coup ça a chamboulé toute
152 l'organisation qui s'était faite. Après c'était un patient dialysé. C'est toujours un peu plus

153 compliqué pour aller dans des centres de rééducation qui prennent en charge les amputations.
154 Et puis beh là c'est surtout qu'il fallait annoncer à la famille qu'il ne serait pas appareillable en
155 fait.

156 **A : D'accord et ce patient il est retourné chez lui ?**

157 D : Non du coup il n'a pas pu retourner chez lui. Il est parti dans un centre de rééducation vers
158 Marseille. Du coup il fallait lui changer son centre de dialyse. Parce qu'il dialysait vers Orange.
159 Et là il n'y a pas de centre qui le prenait en charge sa dialyse. Parce qu'après ça coûte cher pour
160 les centres de rééducation. Donc du coup-là il est parti vers Marseille en centre de rééducation.
161 Ce qui a fait qu'il s'est éloigné de tout son domicile, ses habitudes...

162 **A : D'accord vous avez eu des nouvelles par la suite ?**

163 D : Non.

164 **A : Et du coup sur le plan psychologique vu que l'amputation donc entraîne une altération
165 de l'image corporelle. Donc sur le plan psychologique comment... ce patient ça a été
166 difficile donc si on le prend pour exemple, comment ça a été géré au sein du service ?**

167 D : Et Ben nous après on commence un peu comme la rééducation en fait. On leur explique
168 qu'ils ont plus la jambe, on leur montre.

169 **A : Vous, infirmiers ?**

170 D : Ouais.

171 **A : D'accord et sur le plan psychologique, il y a des intervenants pour accompagner... ?**

172 D : Ouais on peut faire appel à une psychologue.

173 **A : Qui est là dans le service tout le temps ?**

174 D : Qui n'est pas dans notre service tout le temps mais on l'appelle si... Pour les patients
175 quand... Beh quand nous on trouve qu'ils ont besoin parce que voilà après on en parle quand
176 même aux patients s'ils sont d'accord et s'ils veulent bien la voir. Sinon après, faire quand même
177 une première approche même s'ils disent non qu'ils ont pas besoin de l'avoir en fait elle va
178 discuter quand même un peu avec eux, leur ressenti et puis quelquefois elle sent bien qu'il faut
179 un suivi. Donc elle va viens les voir un peu tous les jours même si c'est juste des jours où elle
180 dit « Bonjour » et voilà.

181 **A : D'accord donc pour ce patient, il a été vu par une psychologue, d'accord. Et du coup
182 la psychologue elle voit tous les patients, juste pour faire une première consultation ?**

183 D : Non.

184 **A : D'accord, c'est vraiment dirigé si le patient en a besoin...**

185 D : Ouais. Après il y a aussi des patients qui le demandent. Du coup voilà...

186 **A : Donc au niveau de la prise en charge psychologique soit le patient le demande soit vous**

187 **vous estimez que le patient en a besoin.**

188 D : Ouais.

189 **A : Donc « vous » tous les soignants qui travaillent dans le service peuvent... ?**

190 D : Ah oui voilà.

191 **A : D'accord et elle va être un peu compliqué ma question mais d'une manière générale**

192 **vous trouvez qu'il y a plus du coup de situations qui se passe plutôt bien ou à l'inverse des**

193 **situations difficiles donc pour vous, premièrement ?**

194 D : Non, plutôt bien. Plutôt bien même si ça se fait dans l'urgence quand même en fait après ça

195 se passe plutôt bien. Sont très rares les... proportionnellement toutes les amputations qu'on a

196 c'est quand même très peu que ça se passe... ça se passe pas bien.

197 **A : D'accord. Quand on dit ça se passe bien dans l'ensemble en gros, le patient accepte,**

198 **gère bien, moins de douleur et cetera, c'est ça ?**

199 D : Ouais.

200 **A : D'accord. Et au niveau des patients amputés, est ce qu'ils se confient à vous au sujet**

201 **de justement, l'altération de l'image corporelle ? Est-ce qu'ils en parlent ?**

202 D : Il y en a qui en parlent. Mais majoritairement, non. C'est rare.

203 **A : Est-ce que pour vous c'est un peu les étapes du deuil, c'est à dire au début ils n'en**

204 **parlent pas trop... ?**

205 D : Oui c'est ça. Après je pense que là où ils doivent plus en parler c'est en rééducation. Là où

206 vraiment ils font les exercices, les... vraiment les choses un peu de de la vie courante en fait.

207 **A : D'accord parce qu'ici, l'hospitalisation dure plus ou moins combien de temps ?**

208 D : Oh c'est une huitaine de jours. Quand ça se passe bien. Après aussi c'est un peu dépendant

209 des maisons de rééducation quoi. Ça peut être un peu plus ou un peu moins ça dépend des places

210 en rééducation

211 **A : D'accord oui du coup si les places en rééducation ne sont pas forcément disponibles**

212 **vous les gardez ?**

213 D : Oui.

214 **A : Ils ne partent pas chez eux ? En aucun cas ?**

215 D : Non, non.

216 **A : Donc la case rééducation elle est finalement obligatoire après une amputation ? Peu**
217 **importe le patient ?**

218 D : Beh il faut qu'il y ait un minimum pour rentrer à la maison hein... Qu'il puisse rien que se
219 mettre sur son fauteuil. Parce que voilà il peut pas rester au lit... Voilà.

220 **A : Oui c'est toute une rééducation à mettre en place pour, même des fois adapter le**
221 **domicile et cetera. Donc là vous faites appel à tout ce qui est assistante sociale et cetera ?**

222 D : Oui. Mais après pour les amputations c'est quand même beaucoup plus rare parce qu'ils
223 partent quand même en rééducation en systématique. Voilà parce que nous... Enfin si une
224 amputation se passe bien, au 5e jour après 2 pansements, si la cicatrisation est très bien, voilà,
225 ils peuvent partir au 5e jour en rééducation. Plutôt la rééducation se fait au mieux c'est. Après
226 il y a les kinés qui passent quand même les voir tous les jours. Mais c'est... enfin y a pas de
227 salle de rééduc, il y a pas de ...

228 **A : D'accord. Est-ce que vous avez quelque chose que vous aimeriez partager avec moi,**
229 **me faire savoir, une particularité ou autre ressenti ?**

230 D : Non.

231 **A : Un toute dernière question. Je reviens sur le référent annonce. Est-ce que pour vous**
232 **c'est pertinent d'avoir un infirmier référent annonce ? C'est à dire qui va dans la mesure**
233 **du possible toujours assister le chirurgien ou bien qui va, quand il est là, toujours organisé,**
234 **lui, l'entretien après ?**

235 D : Non. Parce qu'après on est tous, faudrait que toute l'équipe le soit. Parce qu'on peut pas
236 compter juste sur une personne dans un service de chirurgie vasculaire, où tous les jours il peut
237 y avoir une amputation.

238 **A : D'accord donc là on retombe sur la 3e question la question de la formation. Donc c'est**
239 **pertinent de mettre en place des formations... Pas forcément l'annonce d'un diagnostic**
240 **d'amputation, vraiment de manière générale ?**

241 D : Beh après ça s'apprend aussi à l'école hein... Une annonce... enfin voilà. L'empathie,
242 l'écoute... Mais après enfin déjà quand on est dans un service comme ça enfin voilà il faut pas
243 avoir peur d'écouter les gens et de de de savoir se mettre à leur place si on a un membre en
244 moins.

245 **A : D'accord. Je rebondis encore une dernière fois sur la première question du coup**
246 **l'annonce d'une amputation donc elle se fait lorsqu'elle est programmée en consultation.**

247 **Donc voilà le patient sait qu'il est hospitalisé au sein du service pour une amputation.**
248 **Donc vous, vous reprenez quand même ? Il sait qu'il est là pour ça donc... ?**
249 D : Après tout patient qui rentre on leur demande s'ils savent bien pourquoi ils sont là et
250 pourquoi il rentre.
251 **A : Donc même si ça a été annoncé quelques jours avant ou autre, vous vous faites le point,**
252 **le bilan finalement quand il entre ?**
253 D : Beh déjà pour voir si effectivement s'ils ont bien entendu et bien compris qu'ils venaient
254 pour ça et puis ça fait partie du travail de demander...
255 **A : D'accord et du coup à l'inverse quand le patient se voit annoncer l'amputation ici,**
256 **donc c'est dans sa chambre ?**
257 D : Ouais.
258 **A : D'accord. Si c'est une chambre double comment ça s'organise ?**
259 D : Beh on a des paravents.
260 **A : D'accord donc ça se fait dans la chambre. En aucun cas dans un autre endroit, une**
261 **pièce ou autre ?**
262 D : Non, non parce que quand c'est annoncé dans la chambre malheureusement c'est qu'ils sont
263 déjà dans un état de soit d'ischémie aigue ou de... Donc...
264 **A : D'accord . J'ai terminé avec mes questions. Si vous n'avez pas d'autre chose à ajouter,**
265 **c'est parfait.**
266 D : Non.
267 **A : Je vous remercie merci de m'avoir reçu.**
268 D : De rien.

- IDE 4, Maria

1 **Aziza : Dans le cadre de mon travail de fin d'étude j'organise ces entretiens par rapport**
2 **à justement à mon travail qui aborde le thème de l'amputation. Donc j'ai réalisé des**
3 **entretiens avec des infirmiers qui travaillent en chirurgie vasculaire et là du coup j'avais**
4 **besoin de réaliser des entretiens avec des infirmiers qui travaillent avec des patients déjà**
5 **amputés pour avoir la suite de la prise en charge. Du coup la première question. Racontez-**
6 **moi une prise en charge où un patient amputé vous a parlé de l'annonce de l'amputation.**
7 Maria : J'en ai un qui me vient en tête. Qui a été amputé au niveau trans fémorale donc des 2
8 jambes carrément. On a bien discuté ensemble et c'est vrai que quand on quand je fais les

9 pansements j'aime bien discuter avec eux prendre le temps. Et il m'a expliqué vraiment
10 comment ça c'était passé genre vraiment l'accident. Donc ça c'était passé à Montpellier voilà il
11 était en moto c'était un accident de moto. Après il était pas du tout en tort ce monsieur. Il a été
12 percuté par derrière. Et du coup c'est vrai qu'il m'a expliqué dans les détails enfin ce qui s'était
13 passé. Et c'est un monsieur qui a vraiment... Qui est volontaire qui a vraiment le mental avec
14 ce qui s'est passé. Et qui a pu me raconter parce que y en a qui peuvent ne pas raconter du tout
15 l'accident ou qui restent très discrets. Lui pas du tout il m'a bien raconté c'est pas quelque chose
16 qui le dérange.

17 **A : D'accord et c'est vrai que du tout que vous recevez donc pas que des patients amputés**
18 **mais du coup vu que mon sujet c'est l'amputation, donc en ce qui concerne les patients**
19 **amputés, donc il y a « 2 cas de figures » donc , dû à un accident et du à une maladie.**

20 M : C'est ça.

21 **A : Est-ce que vous pouvez me raconter du coup la même chose mais concernant un**
22 **patient amputé par rapport à une maladie, notamment le diabète, une insuffisance**
23 **rénale... ?**

24 M : Oui il y en a un c'était une insuffisance rénale. Euh... Comment dire ? Beh ça a été un peu
25 plus facile on va dire parce que quand c'est par rapport à une maladie ils s'y attendent un petit
26 peu. Ils attendent un peu, voir comment ça se passe, voir comment ça évolue. Euh... S'il y a
27 une bonne circulation ou pas et au final ils voient... enfin... ils se ... comment dire... dans les
28 mois à venir, ils se disent s'il y a une amélioration ou pas. S'il n'y a pas d'amélioration, beh ils
29 disent qu'il y aura sûrement l'amputation. Euh... après je vais pas dire que ça se passe plutôt
30 bien. Ils sont jamais très content malheureusement. Il faut s'y habituer. C'est pas facile pour
31 eux. Parce que leur identité elle change malheureusement. Non après ça reste...en tout cas moi
32 ça reste des prises en charge assez correctes. Où ils le vivent « bien ».

33 **A : D'accord. Parce que finalement ce qu'on peut souligner, la différence entre un**
34 **accident , enfin une amputation dû à un accident plutôt qu'à une maladie... c'est brutal.**
35 **Du jour au lendemain finalement, quand il y a la présence d'une maladie et finalement ils**
36 **sont un petit peu préparé.**

37 M : Voilà. Ils ont un peu les conséquences qu'ils peuvent avoir.

38 **A : D'accord. Mais sinon, ils ne se confient pas plus par rapport à la manière comment ça**
39 **a été amené ?**

40 M : Non pas spécialement. Ils racontent qu'ils ont essayés d'attendre un peu que la circulation
41 aller pas bien passer. Donc au final ils ont dû ...

42 **A : Ca a été amené progressivement. Alors du coup la 2e question. Est-ce qu'un entretien**
43 **infirmier est réalisé avec le patient dès qu'il est admis dans le service autour justement du**
44 **vécu par rapport à cette annonce ?**

45 M : Pas spécialement fait un entretien comme chaque patient qui rentre. Un entretien d'entrée
46 on va dire. On pose des questions générales sur ce qui s'est passé, pourquoi ils viennent là ? Au
47 niveau de l'amputation du coup c'est vrai qu'on demande ce qui s'est passé. On voit très vite si
48 le patient parle un peu de son vécu, ce qui s'est passé. Si on voit qu'il n'est pas, qu'il est discret
49 sur ça, sur cet accident ou sa maladie. On n'en pose pas trop on essaie de voir dans les jours à
50 venir, pendant les pansements par exemple qui peuvent être longs. Là on leur demande.

51 **A : D'accord et du coup au niveau de la famille, sa place au niveau du parcours de soins**
52 **ici en rééducation elle est où ? Où est la place en fait de la famille dans le parcours de**
53 **soins ?**

54 M : Ah bah ça a été très difficile là ces derniers temps parce qu'on n'avait pas droit aux visites.
55 Il n'y avait pas de de séjour thérapeutique ou même des visites. Du coup c'est très dur pour eux.
56 Ils l'ont mal vécu. C'est vrai qu'on a eu beaucoup de patients en pleure enfin c'était assez difficile
57 pour eux. Après il y a des familles qui appelaient quand même. Ils ont quand même les
58 téléphones et cetera. Mais là ça a été très dur. Et depuis 2, 3 jours, ils ont repris les visites. C'est
59 1h par jour pour un visiteur. Donc ça reste très léger. Mais ils sont quand même contents.

60 **A: D'accord.**

61 M : C'est quand même quelque chose de dur ce qu'ils vivent donc s'ils sont tout seuls...

62 **A : Et justement du coup donc ici la prise en charge elle est vraiment autour de la**
63 **rééducation. Donc vous faites les appareillages aussi ?**

64 M : Oui c'est ça.

65 **A : Et du coup on va dire c'est la rééducation physique mais tout ce qui est de l'ordre du**
66 **psychologique est ce qu'il y a des intervenants ?**

67 M : On a le psychologue. Si jamais je vois qu'ils ont vraiment des difficultés à en parler ou
68 même il y en a certains qui demandent carrément. Mais c'est très rare je trouve ici. Enfin moi
69 depuis que je suis là, c'est très rare. C'est plutôt au niveau du psychique, c'est nous tu vois. Enfin
70 les infirmiers qui essaient de parler avec les patients quand on peut.

71 **A : Et donc finalement quand le patient donc il intègre l'établissement, c'est l'infirmier**
72 **qui qui mène le premier entretien qui un peu recontextualise...**

73 M : Voilà c'est ça.

74 **A : ...le pourquoi il est ici et cetera ?**

75 M : Dans un premier temps c'est nous. On marque tout sur un petit ordinateur pour faire après
76 des relèves à nos collègues. Et après il y a les médecins qui viennent en chambre...

77 **A : Le jour même ?**

78 M : Oui normalement après nous juste après nous.

79 **A : Et le médecin justement, du coup la première consultation en chambre il l'a fait seul**
80 **ou y a qui avec lui ?**

81 M : Souvent, c'est les internes qui y vont. Et non, c'est soit le médecin seul soit l'interne ;

82 **A : Vous, vous n'assistez pas à la première consultation ?**

83 M : Non parce que souvent on est passé avant donc nous on fait enfin la paperasse quoi...

84 **A : C'est des transmissions écrites qui font...**

85 M : Oui voilà c'est ça.

86 **A : D'accord. Donc du coup au sein de votre service donc j'ai vu qu'il y avait plusieurs**
87 **services dans l'établissement...**

88 M : Oui.

89 **A : Donc ici on est...**

90 M : En locomoteur.

91 **A : Dans votre service à vous, est ce que vous avez la possibilité d'avoir une formation en**
92 **ce qui concerne justement la prise en charge d'un patient amputé ?**

93 M : Euh oui je pense qu'il y a des formations. Nous après on est rattachée au centre hospitalier
94 donc on a plusieurs formations. Moi j'en fais une d'ailleurs en mars mais c'est pas pour les
95 amputations. Mais oui il en existe.

96 **A : Donc ça fait environ 6 mois que vous êtes là et du coup vous avez une expérience en**
97 **IFSI en rééducation ou qu'est ce qui fait qu'une jeune diplômée puisse travailler**
98 **directement ici ? Il ne faut pas particulièrement de formation ?**

99 M : Non, non, non. Moi j'ai toujours aimé la chirurgie quand j'ai fait mes stages bah j'ai su que
100 j'allais sûrement aller soit en chir ortho soit en rééducation. J'ai fait mon stage pré pro en
101 rééducation, ici. Là, voilà pendant 10 semaines ça m'a plu. Et après j'ai postulé et il n'y avait
102 pas de place quand j'ai postulé. Donc j'ai attendu un peu. Je suis allé dans une clinique privée

103 en rééducation également et dès qu'ils ont une place ils m'ont rappelé. Donc j'avais déjà en
104 amont connu le service. Vu un peu comment on faisait les pansements et cetera. Donc non y a
105 pas de formation spécifique.

106 **A : Parce que finalement vu que c'est une spécificité dans le sens où... mon thème c'est**
107 **vraiment l'amputation, j'imagine qu'il y a d'autres choses mais je vais rester sur**
108 **l'amputation... donc un patient dans le sens où comment il faut l'aborder ? Comment...**
109 **les appareillages... comment l'éduquer finalement à porter son appareillage... Ça, vous**
110 **l'apprenez sur le tas finalement ? On ne vous a pas fait un petit débriefing ou autre avant ?**

111 M : Souvent petit à petit il le voit avec la kiné qui vient le premier jour. Il l'amène au plateau
112 technique. Et là ils leur montrent comment se chausser, mettre le comment s'appelle... comme
113 la chaussette... j'ai pas le terme mais on reviendra et du coup il y a les kinés, l'ergo... On est
114 vraiment pluridisciplinaire ici. Donc on travaille ensemble et on l'aide petit à petit.

115 **A :Donc n'importe quel jeune diplômé peut postuler ici et travailler ?**

116 M : Oui.

117 **A : Quatrième question. Pouvez-vous me raconter une prise en charge avec un patient**
118 **amputé qui s'est bien déroulé dans l'ensemble ? Si possible un patient amputé après une**
119 **pathologie chronique. Une prise en charge type d'un patient qui rentre, ça se déroule**
120 **bien... Un petit peu comment ça se passe et comment ça se termine. D'ailleurs avant de**
121 **vous laisser répondre à la question la durée d'hospitalisation ici en moyenne elle est de**
122 **combien de temps pour un patient amputé ?**

123 M : Quelques mois. Un ou deux mois je dirais. Après ça dépend au niveau de l'appareillage
124 souvent on a des complications. Soit ça va pas, soit ça le moignon il a gonflé donc du coup il
125 faut refaire l'appareillage. Donc souvent ça peut ...

126 **A : Parce que le patient quand il arrive ici le moignon il est censé être cicatrisé ?**

127 M : Non, non, non. Faut d'abord faire les pansements. Quand les pansements sont faits qu'on a
128 plus besoin de faire de pansement, là on peut commencer l'appareillage mais pas avant.

129 **A : Donc il y a un certain temps après son admission...**

130 M : Faut d'abord, beh le pansement mine de rien et après l'appareillage.

131 **A : D'accord.**

132 M : Pour le patient amputé qui s'est bien déroulé du coup... (Réfléchit)

133 **A : Vous avez pu assister à l'entrée d'un patient et sa sortie ?**

134 M : Oui, j'en ai vu un bon je sais plus qu'est-ce qui s'était passé... Il y avait une mauvaise
135 circulation donc du coup ils avaient dû couper tans fémorale. Il était arrivé là sauf qu'en gros il
136 y a eu des bactéries à l'intérieur ils ont dû recouper. Et donc il y a une reprise. Qu'est ce qui s'est
137 passé après... ?

138 **A : Ils ont dû couper plus haut ?**

139 M : Oui. Donc il a intégré ici le service de rééducation puis il est reparti et il est revenu. On a
140 laissé sa chambre, on l'a gardé. Et après donc là aussi ça a été quand même assez difficile d'être
141 repris. Et après, qu'est-ce qui s'est passé d'autre ? Donc on a su quand même cicatriser, le
142 pansement a été réglé. Il a pu avoir son appareillage, commencer petit à petit à remarcher. Et
143 un jour en fait je l'ai vu marcher avec ça protège, les escaliers, les monter, les descendre donc
144 vraiment quelque chose de...

145 **A: Satisfaisant ?**

146 M : Voilà pour nous et pour lui surtout. Il a voulu qu'on le film pour le montrer à sa famille.
147 Donc on voit quand même que c'est ça assez important.

148 **A : Donc la place de la famille est quand même...**

149 M : Après ce qui est bien en rééducation c'est qu'on le voit arriver voilà il est amputé il est pas
150 forcément très bien parce que bah son image elle est perturbée. Et au final on le voit peut-être
151 2, 3 mois après avec sa prothèse en train de gambader. Donc ça c'est satisfaisant.

152 **A : Donc justement l'image corporelle. Comment les patients se confient par rapport à**
153 **ça ? Parce que c'est une des grosses problématiques de l'amputation. C'est la modification**
154 **de l'image corporelle. Est-ce qu'ils se confient à vous ? Comment vous vous arrivez du**
155 **coup à les remettre un petit peu si je peux dire en confiance finalement ?**

156 M : Alors moi j'essaye beaucoup de leur parler quand je fais les pansements. Je sais que quand
157 ils viennent d'arriver je leur demande souvent s'ils veulent voir le moignon. S'ils veulent que je
158 le prenne enfin que je le prenne en photo carrément parce que quand on est allongé on voit pas
159 très très bien. Je vois s'ils acceptent. Je vois aussi si quand je fais le pansement si quand même
160 il jette un œil ou si je le vois assez réservé je m'adapte en fait. Et dès que je vois que voilà ils
161 regardent bien beh je le prends photo je leur montre je le je leur explique surtout ce que je suis
162 en train de faire. Et après pour l'image perturbé corporelle. Oui. J'ai un patient là dernièrement
163 qui était très sportif bah le monsieur du début. Qui était très sportif qui faisait du CrossFit
164 carrément. Et beh là voilà il s'aperçoit que le sport bah c'est peut être fini ou ça va être modifié.

165 **A : Parce que c'est les 2 jambes ?**

166 M : Oui voilà c'est ça. Donc quand on est grand sportif c'est sûr que bah tout est perturbé il sait
167 pas comment faire. Après il a quand même de la motivation donc il se dit que beh même en
168 fauteuil ou avec des prothèses il essaiera de travailler le haut du corps. Enfin il essaye de trouver
169 des solutions.

170 **A : Et vous comment vous y contribuez ? Est-ce que vous trouvez que vous votre place**
171 **quand même elle est importante dans la... parce que c'est une sorte de deuil qui font**
172 **finalement de leurs membres donc vous comment vous pouvez définir votre place en fait ?**
173 **La place de l'infirmier dans justement ce parcours ?**

174 M : Moi je dirais plutôt que je suis enfin on est quand même quelqu'un d'important. On est là
175 tous les jours. On n'est pas à la famille mais bon on se côtoie tous les jours. On les écoute
176 activement. Des fois on parle des fois non. Et je trouve que c'est important tout ce qui est soins
177 relationnels. De garder ce contact. On fait des soins techniques mais il y a aussi quand même
178 les soins relationnels.

179 **A : D'accord et du coup bah la dernière question. Pouvez-vous me raconter une prise en**
180 **charge avec un patient amputé par contre qui a été difficile pour vous ? Donc pour le**
181 **patient mais aussi pour vous en termes de prise en charge.**

182 M : Je n'en ai pas eu spécialement. Après difficile pour moi, ça serait des moignons qui
183 cicatrisent mal ou les pansements sont assez difficiles à faire et qu'on sait que bah ils vont être
184 repris en fait.

185 **A : Ils vont être amputés une seconde fois ?**

186 M : Ouai, plus haut. Ça serait plutôt ça. Après moi j'ai pas eu de difficulté sur ça mais oui. C'est
187 juste le fait quand ça cicatrise mal.

188 **A : Et du coup quand le moignon s'infecte c'est le médecin qui décide qu'il doit du coup**
189 **retourner se faire opérer une seconde fois. Là c'est qui qui lui annonce?**

190 M : C'est le médecin. Nous on ne s'en occupe pas. On fait les pansements un jour sur deux. À
191 part si ça coule énormément on le fait tous les jours. Et il y a des jours où quand on fait le staff
192 à 9h le staff avec les médecins. Tous les jours à 9h on a le staff. Ils nous disent après le staff
193 beh voilà je veux voir tel et tel patient, le pansement. Donc on leur montre. Soit on prend en
194 photo soit on les appelle. Bah après ils voient l'évolution et si ça tourne mal c'est eux qui les
195 annoncent.

196 **A: En chambre ?**

197 M : Oui en chambre.

198 **A : Et du coup il peut être seul le médecin ou bien il y a forcément un interne ?**
199 M : Oui il peut seul.
200 **A : D'accord, du coup ça revient un petit peu à la première question. Est-ce que vous avez**
201 **quelque chose à m'ajouter ? Quelque chose à me faire savoir qui est particulier au sein**
202 **du service en ce qui concerne la prise en charge d'un patient amputé ?**
203 M : Non, non.
204 **A : Car en réalité moi dans mon mémoire j'aborde du coup 3 parties donc la relation**
205 **soignant-soigné, la perturbation de l'image corporelle et l'annonce d'un diagnostic. Donc**
206 **mes questions tournent autour de ça. C'est vrai que de base mon guide d'entretien c'était**
207 **celui-ci ... Donc que j'ai posé en chirurgie. Et puis je me suis rendu compte que pour la**
208 **rééducation ce n'était pas adapté. Comment se déroule l'annonce d'une amputation...**
209 **Mais finalement à la fin on s'est rendu compte qu'il peut y avoir une seconde annonce.**
210 M : Ouais d'une reprise souvent... Ouais après les soins relationnel hyper important. Les soins
211 techniques mine de rien parce que faut faire des pansements. Mais après...
212 **A : Je retiendrai du coup les soins relationnels donc la relation soignant soigné qui est très**
213 **très importante.**
214 M : L'écoute, écoute+++ . Ils peuvent pleurer, ils peuvent avoir du chagrin et il faut les écouter.
215 Voilà.
216 **A : D'accord c'est une des plus grosse partie finalement de la prise en charge le côté**
217 **psychologique.**
218 M : Ouais, je le mettrais en premier.
219 **A : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?**
220 M : Non pas plus.
221 **A : Merci beaucoup.**
222 M : De rien.

- IDE 5, Maé-Camille

1 **Aziza : Dans le cadre de mon travail de fin d'études je dois réaliser des entretiens semi**
2 **directifs par rapport à mon thème donc qui est l'amputation. Donc j'ai été en chirurgie**
3 **vasculaire, réaliser des entretiens avec 3 infirmières. Et là du coup, la suite de la prise en**
4 **charge, donc la rééducation.**
5 Maé-Camille : Ah beh c'est ça. Super intéressant.

6 **A : La première question. Racontez-moi une prise en charge ou un patient amputé vous a**
7 **parlé de l'annonce de l'amputation.**

8 M-C : Alors nous généralement ils ne nous en parlent pas forcément. Parce que ce sont des
9 choses qui se font en amont. Nous on a vraiment quelque chose qui est beh vraiment quand ils
10 arrivent de la chirurgie. Et nous, c'est plus bah, ils savent déjà qu'ils ont été amputés. Donc en
11 soit nous on n'a pas vraiment à vivre cette annonce tu vois.

12 **A : D'accord. À aucun moment un patient vous a dit « J'ai besoin d'en discuter » peut**
13 **être sur le plan psychologique ça ne va pas « j'ai besoin de faire le point avec un**
14 **professionnel de santé » ou autre ?**

15 M-C : Beh en tout cas dans mon cas non jamais. J'ai pas j'ai pas eu cette ça à faire.

16 **A : Ok, donc du coup la 2e question. Est-ce qu'un entretien est réalisé lors de l'admission**
17 **du patient dans votre service en ce qui concerne le vécu de cette annonce et le vécu de**
18 **manière générale de cette amputation ?**

19 M-C : C'est surtout sur les annonces bah quand on fait un entretien infirmier à l'accueil on leur
20 demande bah déjà pourquoi ils ont été amputés. Et généralement les patients arrivent... Ils ont
21 pas de mal à nous en parler de leur amputation. Surtout que souvent c'est des patients qui...
22 c'est sur de longue maladie. C'est surtout le diabète. Et on a juste un cas-là enfin il y a quelques
23 cas où c'est sur des AVP moto. Mais comme ils restent... surtout c'est des patients comme ça
24 ils restent assez longtemps en chirurgie. Cette phase-là est un peu passée. Mais souvent ils nous
25 le disent. On sait très bien que bon parfois ça va pas et parfois ils sont par exemple plus froid
26 avec nous. Et donc au staff on demande par exemple à la psychologue d'aller les voir des choses
27 comme ça.

28 **A : D'accord donc c'est vous qui jugez si c'est pertinent que la psychologue aille vers eux.**
29 **Mais est ce que les patients eux peuvent le réclamer ?**

30 M-C : Ah oui bien sûr ils peuvent réclamer ouais, ouais.

31 **A : D'accord donc la psychologue elle est là tous les jours ?**

32 M-C : Nous c'est une psychologue à mi-temps donc elle est pas là tout tous les tous les jours.

33 **A : Mais elle peut être sollicitée ?**

34 M-C : Bah dès qu'on en a besoin on lui dit et elle est très ouverte elle va dire « Oui, oui je vais
35 prendre rendez-vous avec le y a pas de souci je vais lui parler ».

36 **A : D'accord du coup l'entretien infirmier d'admission il est fait systématiquement par**
37 **l'infirmière et c'est à ce moment-là que vous recontextualisez un petit peu, pourquoi il est**
38 **là ? Comment il se sent ? Et cetera.**

39 M-C : C'est ça.

40 **A : D'accord alors du coup la 3e question. Avez-vous eu la possibilité d'avoir une**
41 **formation en ce qui concerne la conduite à tenir face à un patient amputé ? C'est à dire**
42 **une formation qui mais qui vous donnerait « les clés » pour pouvoir bien accompagner le**
43 **patient. Donc c'est vrai qu'il y a les soins qui en découlent mais il y a aussi la prise en**
44 **charge psychologique . Donc est-ce que quand vous arrivez ici dans le service est-ce qu'il**
45 **y a une formation qui vous est proposée ?**

46 M-C : Malheureusement non. Beh après nous bah comme t'as vu, Maria, on a fait le prépro ici.
47 Donc on a quand même eu le temps de s'habituer à avoir des patients amputés et à voir comment
48 est la prise en charge . Voir différentes façons de faire avec les patients. Donc nous on bah on
49 prend un petit peu un petit peu par-ci par-là pour essayer de se former et d'être le meilleur
50 possible avec les patients.

51 **A : Du coup le stage préprofessionnel il vaut un petit peu formation ?**

52 M-C : Pas autant mais ça aide quand même hein parce que c'est pas facile de voir... D'arriver
53 dans un service comme ça où il y a des patients amputés c'est pas... C'est pas facile.

54 **A : Et vous jugez du coup pertinent qu'une formation soit mise en place ?**

55 M-C : Ah bah ouais ça serait bien.

56 **A : Parce que pour vous est-ce que n'importe quel jeune diplômé est apte à venir travailler**
57 **ici sur le plan... bah technique, travail et cetera d'accord, mais aussi sur le plan**
58 **psychologique parce qu'il y a un impact psychologique...**

59 M-C : Bah c'est un peu dur quand même de venir niveau psychologique. Encore quand on a des
60 PTG, des PTH, ça va. C'est juste des petites prothèses. Mais quand on a des patients amputés
61 qui sont quand même agressifs avec nous parce qu'ils ont un mal-être. Et qui arrivent pas
62 forcément à nous le faire ressortir. Donc ouais ça serait pas mal. Ca serait bien d'avoir une
63 formation.

64 **A : Et du coup face à des patients qui ne le vivent pas forcément bien, car c'est un**
65 **chamboulement. Même eux au niveau de leur image corporelle c'est... Une altération de**
66 **l'image corporelle justement. Vous comment vous arrivez à un petit peu gérer ça tout**
67 **simplement ?**

68 M-C : Bah souvent on rigole avec nos patients. On leur fait des petites vanes. On essaye de
69 leur remonter le moral en disant bon là c'est un peu difficile. Et souvent on dit « bah oui vous
70 avez votre famille, ne vous inquiétez pas vous n'êtes pas seul ». Bon là c'est bon y a les visites.
71 Mais à un moment il n'y a pas eu de visites. Les patients c'était un moment qui était assez dure.
72 Des patients qui s'en prenait carrément à nous parce qu'ils avaient pas le droit aux visites. Et
73 beh on leur disait que nous on aimerait bien qu'il ait des visites « On sait très bien que pour
74 vous psychologiquement ça vous ferait du bien, ça vous remontera le morale » Mais ...

75 **A: C'est très bien, car vous rebondissez sur des questions que je souhaite poser. Donc**
76 **justement la place de la famille au sein du parcours de soin, vous la mettez où la famille ?**

77 M-C : Beh généralement, on essaye de les mettre... Qu'ils viennent le plus souvent possible.
78 Parce qu'on sait que c'est des moments qui sont très durs. Parce que quand même c'est une
79 altération de son corps. Donc on essaye le plus possible de les faire venir. Bon là avec le covid
80 c'est plus compliqué. Mais on veut qu'ils soient présents. On ne met pas la famille de côté.

81 **A : Pour vous c'est un point fort la famille ? Ce n'est pas un frein ?**

82 M-C : Ah non, non pas du tout. Même s'il y a des familles qui sont un peu relou mais non, non,
83 non, on en besoin des familles pour le patient.

84 **A : D'accord. Du coup quatrième question. Pouvez-vous me raconter une prise en charge**
85 **avec un patient amputé qui s'est bien déroulé dans l'ensemble ? Une prise en charge un**
86 **peu type, l'entrée, le parcours de soins et le devenir. Qui s'est bien passé pour vous. À**
87 **savoir un patient amputé si possible suite à une maladie chronique.**

88 M-C : Alors beh nous alors nous on en a plein de maladies chroniques. C'est souvent les patients
89 qui sont qui sont atteints de diabète. Soit de diabète de type 1 ou de type 2 qui ne font pas
90 forcément attention à leur alimentation et qui se voient amputés. Donc pour eux c'est quand
91 même... Bon généralement c'est les diabétiques de type 2 qui font pas forcément attention
92 parce qu'ils ne sont pas nés avec. Ils se disent « Non mais le diabète c'est rien. Je me ferais un
93 peu plus d'insuline ou je prendrais plus de cachets ». Donc ils moquent. Et ça commence par
94 mal perforant plantaire. Après du mal perforant plantaire beh on commence à couper les doigts
95 de pied et après ça remonte ça remonte jusqu'à une amputation soit trans tibiale ou en trans
96 fémorale. Et donc ces patients, bah déjà c'est difficile. S'il y a ça plus il y en a qui sont aussi
97 dialysés. Parce que le diabète aussi ça peut atteindre les reins. Et donc on a des patients qui
98 peuvent être ultra gentil. Qui arrivent à comprendre leur maladie. A même s'améliorer en disant
99 « Bah oui bah là j'ai mal fait avant j'ai mal fait les choses beh là je vais m'améliorer en prenant

100 mes médicaments plus régulièrement. En faisant bah la rééducation, en allant sur le plateau
101 technique ». Et petit à petit ils arrivent à remarquer même certains. Avec des prothèses. On a eu
102 un patient qui a été bi-amputé et avec la force de sa volonté il a réussi à marcher sur ses 2
103 jambes. Alors que souvent c'est assez difficile quand on est en bi amputé.

104 **A : Amputé des 2 jambes ?**

105 M-C : Ouais c'est ça.

106 **A : Et du coup appareillé ?**

107 M-C : Appareillé des 2 jambes ouais.

108 **A : Donc ça pour vous c'est une prise en charge qui s'est bien déroulé ?**

109 M-C : Super bien déroulé ouais.

110 **A : D'accord et vous pensez que du coup l'accompagnement sur le plan psychologique a**
111 **un impact sur justement le... je ne sais pas si c'est maladroit de ma part de dire ça mais**
112 **le « résultat ». Dans le sens...**

113 M-C : Bah évidemment qu'au niveau psychologique ils ont besoin de cet accompagnement.
114 Bah parce que sincèrement il y en a qui perdent pied quoi tu vois et qui veulent plus... qui se
115 disent bah je suis amputé ça sert à rien que je marche je serai tout le temps en fauteuil roulant.
116 Et grâce à cet accompagnement avec la famille en plus avec nous bah on va arriver petit à petit
117 à se dire « Ah Ben non tu vas voir ». Par exemple bah les objectifs souvent c'est « ils ont des
118 marches à la maison », et la famille là, ils lui disent « Mais regarde si tu ne marches pas
119 comment tu vas faire pour monter les escaliers pour les descendre tu ne vas pas rester tout le
120 temps chez toi ». Et là, grâce à la famille aussi les patients vont se dire « Ah bah allez je peux
121 faire ça je peux aller je vais pouvoir marcher pour pouvoir avoir une vie comme avant ».

122 **A : D'accord donc là finalement encore une fois la famille elle joue un rôle ...**

123 M-C : Important ouais.

124 **A : Et du coup aussi par rapport à l'image corporelle, vous comment vous permettez aux**
125 **patients beh de faire un petit peu, de contribuer en tout en tout cas au processus de deuil ?**
126 **Parce que beh la perte d'un membre c'est un deuil.**

127 M-C : Alors généralement nous on fait pas grand-chose sur ça. C'est plus les kinés qui vont
128 vraiment aider pour réussir à faire partir ce « ce membre ». Nous on est surtout là, on leur on
129 les écoute on leur parle. Et généralement ils... enfin ça dépend des patients tu vois. Il y en a qui
130 nous en parlent il y en a qui nous en parlent pas. Et généralement, ouais pas trop.

131 **A : A part si vous établissez un lien particulier?**

132 M-C : C'est ça. Mais parce que généralement les patients ils viennent devant nous enfin en tout
133 cas en tant qu'infirmier, ils veulent se montrer fort en disant « oui mais c'est bon je sais que j'ai
134 ma jambe coupé, je le sais, je le vois, je le sens » et souvent ce qui leur fait défaut c'est souvent
135 c'est les douleurs neuropathiques. Quand ils nous disent « Ben je sens mon pied encore » alors
136 qu'ils l'ont plus.

137 **A : D'accord et du coup au sein du service pour un petit peu palier au fait que l'image**
138 **corporelle est modifiée pour le patient, est ce qu'il y a des ateliers particuliers qui sont**
139 **organisées ? Peut-être pas forcément dispensés par les infirmiers mais je ne sais pas les**
140 **ateliers bien être... ? Si vous utilisez par exemple des miroirs ou je ne sais pas... ?**

141 M-C : Ça c'est avec les ergothérapeutes souvent. Bah par exemple voilà le miroir c'est avec
142 les... Bon là je vais te parler par exemple d'un patient qui a été amputé mais du bras. Donc par
143 exemple tu vois là ils vont vraiment utiliser des miroirs.

144 **A : D'accord mais c'est particulier au bras c'est ça ?**

145 M-C : Ouais.

146 **A : D'accord. Bon du coup on a vu un petit peu dans le parcours de soins du patient ici.**
147 **Donc il y a les infirmiers, des aides-soignants qui contribuent aussi lors de la toilette ou**
148 **autre... à bah à tout son processus d'acceptation finalement. Parce qu'il sait très bien qu'il**
149 **y a avant et après. Et donc il y a les psychologues les ergos, les kinés, les médecins c'est**
150 **ça ? Et d'autres personnes ?**

151 M-C : C'est ça. Peut-être un peu le psychiatre mais c'est rare qu'il fasse... c'est très rare qu'il
152 agit sur un patient amputé le psychiatre. Ça sera plus le psychologue qui va être là pour ça.

153 **A : Pourquoi du coup la différence ?**

154 M-C : Vraiment pour le psychiatre, lui il agit vraiment sur tout ce qui est maladie genre la
155 dépression et nous généralement nos médecins arrivent avec les traitements à pallier et à faire
156 le rôle du psychiatre si tu veux.

157 **A : D'accord donc pas besoin de passer le relais aux psychiatres finalement c'est géré par**
158 **le médecin du service. Du coup la dernière question. Donc, pouvez-vous me raconter une**
159 **prise en charge avec un patient amputé qui a été difficile pour vous ? Justement sur la**
160 **prise en charge du coup médical mais aussi psychologique. Une prise en charge qui a été**
161 **compliqué et qui a dû je ne sais pas peut être à un moment donné vous obliger à faire**
162 **passer le relais ou autre.**

163 M-C : Alors je peux t'en raconter deux mais je pourrais t'en raconter plein. Alors c'est un
164 patient qui est diabétique qui est amputé en trans fémorale gauche qui est dialysé aussi. Qui ne
165 fait pas attention. Il ne fait pas attention à ce qu'il mange. Il fait pas attention à ce qu'il boit
166 aussi. Parce qu'en plus lui c'est un dialysé mais qu'il pisse pas tu vois. S'il pisse encore il peut
167 boire ce qu'il veut. Mais là il pisse pas du tout. Et ce patient il a eu des OAP. Il fait au OAP sur
168 OAP. Et il s'en moque. Il dit « Ah oui mais il faut bien que je meurs de quelque chose il faut
169 bien que je vive ». Et le problème, lui aussi c'est que il est pas entouré. Il a une femme mais ça
170 se passe très mal donc il y a personne... enfin il a aucun contact avec sa famille. Donc il en fait
171 qu'à sa tête. Donc ça c'est très difficile parce que on essaie de comprendre ce qui va pas. Il ne
172 parle pas. Il fait ce qu'il veut. Bah par exemple aussi il a son rythme circadien qui est
173 complètement décalé. Donc il dort la journée et il veille la nuit. Et la nuit quand même parfois
174 il s'endort tu vois tellement fatigué, il s'endort. Il est sur son fauteuil roulant il s'arrête, il
175 s'endort. Sur son fauteuil roulant, voilà. Donc là c'est un des patients que c'est difficile parce
176 qu'en soit on ressent pas le... c'est difficile de... On essaie de l'aider tu vois en disant mais on
177 essaie de lui faire comprendre que c'est important de pouvoir par exemple pour le diabète parce
178 que on lui dit « Bah vous avez déjà perdu une jambe vous risquez de perdre une autre » et il
179 s'en moque. Donc c'est un peu difficile de pas être écouté tu vois par le patient.

180 **A: D'accord. Finalement c'est ce qui rend compliqué dans ce cas-là la prise en charge**
181 **c'est... comment dire ? L'alliance thérapeutique qui n'est pas mise en place finalement**
182 **qui...**

183 M-C : Ouais c'est ça.

184 **A : Mais là ça vient du patient finalement.**

185 M-C : Oui voilà c'est ça.

186 **A : Il est peut-être dans le déni de quelque chose ou c'est vraiment sa personnalité ?**

187 M-C : C'est sa personnalité il a toujours été comme ça et c'est toujours...

188 **A : Donc là, c'est la personnalité du patient. Il ne veut pas forcément créer ce lien qui va**
189 **faire qui va aller mieux.**

190 M-C : Voilà c'est ça.

191 **A : D'accord. Est-ce que vous avez quelque chose d'autre à ajouter ?**

192 M-C : Attends, je voulais te raconter la deuxième histoire. Du coup c'est un patient qui est lui
193 est bi amputé. Il a eu un AVP moto. Il est jeune il a 33 ans. Il a des enfants et une femme. Et
194 donc quand il était à l'hôpital là où il s'est fait amputé, il avait le droit d'avoir sa famille qui

195 venait le voir tous les soirs. Même sa femme elle venait jusqu'à 22h le soir. Et quand il est arrivé
196 là-bas hop l'hécatombe. Il avait plus le droit aux visites. Donc ce monsieur il s'est vachement
197 renfermé sur lui-même. Même il nous parlait... En face il était assez gentil. On se disait « Beh
198 le pauvre quand même ». Et par derrière on l'entendait dire « Oui de toute façon... », nous il
199 nous parlait mal parfois même aux aides-soignants il parlait mal. Par exemple nous on n'a pas
200 le droit de donner des... enfin s'ils sont pas en chambre pour le goûter on leur laisse pas le
201 goûter. Et lui bah il dit « Oui mais quand même vous pouvez me laisser le goûter. Moi je vois
202 personne. Vous vous pouvez nous ramener le COVID », tu vois des choses comme ça. Donc là
203 c'est vraiment... enfin on dirait que... il nous persécutait un peu mais après...

204 **A : C'est Du fait qu'il ne reçoit pas de visites ?**

205 M-C : Voilà c'est ça.

206 **A : Donc là finalement encore une fois on retombe un petit peu sur la place de la famille.**
207 **Donc elle n'est pas là, donc elle n'est pas présente , donc ça rend la prise en charge difficile.**

208 M-C : C'est ça. Pour moi c'est super important.

209 **A : Il faut que les visites soient autorisées malgré tout...**

210 M-C : Là c'est bon, une personne, une heure.

211 **A : À n'importe quel moment de la journée ?**

212 M-C : Juste après-midi, 14h à 18h je crois.

213 **A : D'accord. Bon du coup d'une manière générale est-ce que vous avez d'autres choses à**
214 **me rajouter par rapport... parce qu'en fait moi du coup dans mon mémoire j'aborde...**
215 **donc l'annonce d'un diagnostic d'amputation, la relation soignant-soigné et la**
216 **modification de l'image corporelle.**

217 M-C : Ouais donc en gros c'est tout ce qu'on a parlé.

218 **A : Oui c'est ça.**

219 M-C : C'est ça.

220 **A : Donc la place du coup finalement de la relation soignant soigné qui contribue pas mal**
221 **même si vous me dites que c'est plutôt les ergos et les kinés qui font que le patient va plus**
222 **se s'accepter comme il est et cetera mais quand même c'est informel mais vous vous y**
223 **contribuez beaucoup.**

224 M-C : Ah oui c'est ça.

225 **A : Vous le voyez tous les jours. Les aides-soignants aussi du coup.**

226 M-C : Oui les aides-soignants sont vraiment très proches d'eux pour surtout bah c'est lors de la
227 toilette. Souvent ils se confient plus aux aides-soignants qu'à nous infirmiers. Euh et en plus
228 nous on n'a pas forcément le temps en faisant les pansements, en faisant... Après il nous en
229 parle un peu les patients quand on fait leur pansement. Après on sent qu'il y en a qui sont
230 vraiment dans le déni parce qu'il y en a qui veulent pas du tout voir leurs plaies. Après ce qui
231 est difficile aussi pour les patients c'est quand ils voient que leur plaie ne cicatrise pas. Parce
232 que souvent ça dépend du moignon. Mais il y a beaucoup de complications sur les moignons.
233 Et il y a souvent des collections, ça creuse, ils sont obligés d'avoir des vac. Et là c'est assez dur
234 pour le patient parce qu'il voit que ça n'évolue pas et il se dit bah « Jamais je récupérais cette
235 jambe ». Et souvent en fait un peu la carotte pour le patient amputé qui veut quand même ce...
236 qui veut aller bien, c'est se faire appareiller. Tu vois ? Et du coup bah ils se disent « Mais jamais
237 je serai appareillé », « Je vais pas y arriver », « Mais jamais ce cercle infernal ça va s'arrêter »,
238 et c'est ça c'est assez dur d'entendre ça d'un patient. Alors nous on essaie de leur dire « Non
239 mais ne vous inquiétez pas tout va aller bien. Regardez ». Et on essaie de leur montrer petit à
240 petit l'évolution. « Regardez là dernière fois il y avait beaucoup de fibrine. Là on en a enlevé.
241 Là les chairs remontent ». Mais par exemple on a eu des patients, ils ont dû se faire reprendre
242 plusieurs fois parce qu'il y avait tout le temps une collection qui se faisait dans le moignon. Et
243 donc ça c'est difficile pour le patient.

244 **A : Finalement c'est un parcours qui est relativement long pour le patient et c'est ce qui**
245 **peut représenter un frein pour lui, le démotiver ou autre. Et vous vous êtes plutôt là**
246 **remotiver.**

247 M-C : Ouais.

248 **A : Est-ce que vous vous avez le droit de prendre des photos pour le montrer l'évolution ?**

249 M-C : Ça oui, ça on leur fait souvent. Les médecins aussi le font. Et comme ça on leur montre
250 « Regarder... ». Mais après quand par exemple quand c'est l'inverse quand ça se passe plus mal
251 bah ça c'est difficile pour le patient. Après aussi il y a pas que ça et après bon imaginons plaie
252 est cicatrisée et quand ils sont appareillés, ça peut être long aussi l'appareillage. Parce que bah
253 parfois le manchon ça va pas, ça frotte sur des points d'appui. Et ça peut réouvrir aussi le
254 moignon. Donc c'est ça c'est... ça peut être aussi un frein pour le patient en se disant « Bah
255 jamais j'y arriverai ». Et là c'est là où il commence à être négatif en se disant « C'est pas possible
256 ça va pas se finir ». Alors souvent comme ils sont beaucoup d'amputés, ils disent « Mais

257 regardez celui-là en en même pas en 3 semaines ça c'est fermé. Il a pu être appareillé moi je ne
258 comprends pas pourquoi c'est si long ».

259 **A : Ils se comparent entre eux.**

260 M-C : Ouais.

261 **A : Et du coup d'hospitalisation plus ou moins dure combien de temps pour appareiller
262 quelqu'un ?**

263 M-C : Ca peut vraiment aller d'un mois à six mois.

264 **A : Un mois ? Donc une personne qui s'est fait amputer récemment ?**

265 M-C : Ouais. Beh après ça dépend vraiment en fait ça dépend s'il fume, s'il boit, comment il se
266 nourrit, son état général. Ça dépend vraiment.

267 **A : En un mois il peut être appareillé et retourner chez lui ?**

268 M-C : Oui, oui.

269 **A : D'accord. Donc là c'est patient-dépendant.**

270 M-C : Voilà c'est ça. Après quand ils vont mieux même s'ils ne sont pas finalement totalement
271 appareillés ils rentrent à la maison et l'appareillage se fait en consultation.

272 **A : D'accord donc c'est possible.**

273 M-C : Ouais ça c'est possible.

274 **A : Il ne faut pas nécessairement être hospitalisé ?**

275 M-C : Non pas forcément. Le mieux non le mieux c'est vrai que c'est d'être hospitalisé parce
276 qu'il y a le plateau technique et qui peuvent vraiment s'entraîner à marcher avec leur prothèse.
277 Et comme je disais souvent c'est les manchons qui vont pas parce que en fonction de l'état du
278 patient le moignon rétréci, grossi et donc c'est ça qui fait défaut au patient.

279 **A : D'accord. C'est très complet pour moi. Est-ce que vous avez autre chose à ajouter ?**

280 M-C : Non c'est bon.

281 **A : Je vous remercie pour le temps accordé.**

282 M-C : Beh de rien, ça fait plaisir.

- IDE 6, Salomé

1 **Aziza : Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude j'aborde le thème de l'amputation.**

2 **J'ai réalisé 3 entretiens avec des infirmières qui travaillent en chirurgie vasculaire et là**

3 **du coup mon objectif c'est 3 infirmières qui travaillent en rééducation. La suite du coup**

4 **de la prise en charge. Donc La première question. Est-ce que vous pouvez me raconter**

5 **une prise en charge ou un patient amputé vous a parlé de l'annonce de l'amputation. En**
6 **sachant qu'il arrive dans le service du coup amputé, mais quand lors de son admission,**
7 **est-ce que le patient peut vous en parler lors du premier contact ?**

8 Salomé : Lors du premier contact quand on fait le recueil de données souvent ils nous le disent.
9 Donc oui il m'a dit que c'était traumatique sur un accident de la voie publique.

10 **A : Et est-ce que vous avez eu le cas pour un patient amputé suite à une maladie chronique**
11 **de type diabète, ... ?**

12 S : Non.

13 **A : D'accord ils en parlent très peu du coup lors de l'admission ? Ils ne vous parlent pas**
14 **forcément de l'annonce, comment ça s'est passé... ?**

15 S : Non.

16 **A : D'accord. Donc deuxième question. Est-ce qu'un entretien infirmier est réalisé avec le**
17 **patient lors de son admission au sein du service et est-ce qu'il aborde justement vous ou**
18 **lui est ce que vous abordez le coup les questions autour de cette annonce ?**

19 S : Euh non, s'il nous pose pas de question on va pas dans le vif du sujet.

20 **A : D'accord mais vous réalisez quand même un entretien lors de ...**

21 S : Oui avec le recueil de données on fait ses habitudes de vie, on fait tout le questionnaire sur
22 informatique et du coup bah pour mieux connaître le patient quoi. Pour le prendre en charge
23 dans sa globalité et voir ce dont il a besoin comme m'aide et ou sur quelle... de quelle façon il
24 faut qu'il s'autonomise.

25 **A : D'accord. Vous refaites le point quand même avec lui pour savoir si il sait réellement**
26 **pourquoi il est là, qu'est-ce qu'il l'attend... Vous lui présentez du coup le parcours de**
27 **soins que vous proposez ici ?**

28 S : Non c'est plutôt les médecins qui proposent parce que bon on sait pas exactement le, les
29 délais de de prothèse, le délai de cicatrisation est plus ou moins long en fonction des
30 pathologies. Donc on s'avance pas là-dessus.

31 **A : D'accord. Vous faites juste le premier entretien bah justement le recueil de données**
32 **comme vous avez dit pour débiter sa prise en charge finalement. D'accord. Est-ce que du**
33 **coup au sein de ce service vous avez eu la possibilité d'avoir une formation en ce qui**
34 **concerne la conduite à tenir face à un patient amputé ? Dans le sens... la conduite à tenir**
35 **j'entends là... du coup la prise en charge. Une formation du type « prise en charge d'un**
36 **patient amputé » ou autre ?**

37 S : Non pas forcément. Moi après j'ai des formations de plaies et cicatrises en ce qui
38 concerne la cicatrisation. Mais après ces personnes dépendantes quoi. Il y a des gens qui
39 verbalisent d'autres qui verbalisent pas tout dépend à quel stade il en est. S'il est au stade de la
40 colère ou du déni enfin voilà. Je veux dire c'est les mêmes étapes que dans la période du deuil.
41 Donc non, on n'a pas de formation. Mais après moi je fais... c'est personnes dépendantes. Il y
42 a des gens qui arrivent un petit peu à être un peu plus expansif que d'autres. D'autres qui
43 intériorisent tout et qui disent rien. Donc à ce moment-là quelques jours après on fait une
44 proposition de passage de psychologue du service. Mais bon en aucun cas je fais des stéréotypes
45 pour chaque patient quoi.

46 **A: D'accord et du coup qui concerne les soignants à savoir les infirmiers, est-ce que vous**
47 **jugez pertinent qu'une formation soit mise en place pour... une formation de manière**
48 **générale, pour accompagner un patient justement amputé qui est dans le processus du**
49 **deuil ?**

50 S : Je sais pas si c'est réellement nécessaire. Il faut connaître ... ces processus-là oui mais après
51 je pense qu'au cours de la formation infirmière c'est établi et c'est appris donc... Après on se
52 transmet beaucoup les choses les unes aux autres. Et puis on apprend des unes et des autres
53 enfin je sais pas si c'est réellement un réel besoin d'avoir une formation à ce propos.

54 **A : Donc finalement pour vous un jeune diplômé peut tout à fait venir travailler de suite**
55 **dans ce type de service sans aucun problème ?**

56 S : Oui.

57 **A : D'accord parfait. Alors du coup on en est à la quatrième question. Est-ce que vous**
58 **pouvez me raconter une prise en charge avec un patient amputé qui s'est bien déroulé**
59 **dans l'ensemble ? C'est à dire de son entrée à sa sortie.**

60 S : Euh beh elle est pas encore sortie mais bon c'est une jeune fille de 21 ans qui a eu un accident
61 de trottinette en allant travailler et puis elle s'est fait euh elle a chuté elle s'est fracturée. Lors de
62 sa radiologie pour voir qu'elle était quel type de fracture, le chirurgien s'est aperçu qu'elle avait
63 une tumeur de type cancéreuse sur le tibia. Donc là elle a eu cette annonce-là. Elle a été donc
64 amputée en trans tibiale. Et elle est arrivée dans le service une première fois où elle était sous
65 traitement de chimio et rayons donc c'était un petit peu compliqué pour elle. Et puis elle a
66 demandé à partir parce qu'elle était pas prête à être... à avoir sa prothèse. Elle a fini ses
67 traitements de chimio et de rayons et elle est revenue. Et là elle va bientôt partir d'ici une petite
68 semaine parce qu'elle a la jeunesse avec elle. Que beh elle a voulu que les choses aillent vite et

69 qu'elle a tout fait auprès du prothésiste pour que les choses aillent vite. Donc là elle est
70 prothésée. Sa kiné ça se passe super bien et elle va partir d'ici une semaine.

71 **A: Donc dans ce cas-là l'amputation elle est liée à la tumeur et non à la facture ?**

72 S : Oui.

73 **A : D'accord donc en fait la fracture elle a permis...**

74 S : De dévoiler qu'elle avait un cancer osseux.

75 **A : D'accord et du coup elle a été amputée vous m'avez dit à quel endroit ?**

76 S : En trans tibiale.

77 **A : Et elle vous en a parlé vous de l'annonce ?**

78 S : Oui.

79 **A : Comment elle a vécu ?**

80 S : Elle a dit qu'elle avait eu de la chance d'avoir eu un accident de trottinette.

81 **A : D'accord. Elle a relativisé puis elle s'est rendu compte de de la « chance » comme elle
82 dit. D'accord. Et là elle va sortir dans une semaine ?**

83 S : Voilà à peu près ouais.

84 **A : Ça se passe plutôt bien ?**

85 S : Oui, oui elle a super bien cicatrisé. Puis elle avait cicatrisé en première intention. Après elle
86 a fait ses traitement anticancéreux puis elle est revenue pour se faire poser sa prothèse. Mais
87 elle a fait en sorte de pas rester trop longtemps hospitalisé. Elle a accéléré auprès du prothésiste.

88 **A : Et du coup pour vous, je pense que j'allais pouvoir me répondre. Qu'est-ce qui a fait
89 que dans cette situation ça se passe bien pour cette patiente ? Quelle ait cette motivation
90 de faire les choses assez rapidement ?**

91 S : Beh elle a la jeunesse. Elle est hyper musclée. Elle est tonique, elle est dynamique. Elle a
92 avalé la pilule de son cancer très très vite. Elle s'est aperçue qu'il y avait beaucoup plus difficile
93 à vivre sur terre et du coup beh elle a mis des ultimatums pour pouvoir rester hospitalisé le
94 moins de temps possible.

95 **A : Peut-être la place de la famille pour cette patiente ?**

96 S : Oui elle est entourée mais bon c'est elle c'est elle qui gère sa situation. Elle a quand même
97 21 ans et elle est quand même pas mal autonome sur sa situation et elle gagnait déjà sa vie
98 auparavant donc socialement aussi elle se gère. Donc bon je pense qu'elle doit être très entourée
99 familialement mais c'est force de caractère quoi.

100 **A : Donc là aussi c'est patient-dépendant en fonction de ses ressources personnelles.**
101 **Comment il se sent et cetera. Comment il se situe aussi dans sa vie de tous les jours et**
102 **cetera. D'accord et du coup à l'inverse est-ce que vous pouvez me raconter une prise en**
103 **charge avec un patient amputé qui a été plutôt difficile peut être un patient amputé suite**
104 **à une maladie chronique ?**

105 S : Ouais mais c'est beaucoup le tabac mélangé au diabète quoi. Une prise en charge difficile
106 beh un patient qui est parti il avait eu une amputation du membre gauche il est parti il avait une
107 petite plaie à la jambe droite. Et il est revenu il avait plus de jambes du tout. On y avait dit
108 d'arrêter de fumer. Il était diabétique. On avait dit qu'il fallait absolument qu'il arrête de fumer
109 mais bon il n'en a pas pris conscience et résultat ils se retrouvent ça il s'est retrouvé sans jambes.

110 **A : Il avait quel âge à peu près ?**

111 S : Je crois qu'il avait 65 ou 67 ans par-là .

112 **A : D'accord et pour vous ce qui a été difficile c'est quoi ? C'est le fait que le patient du**
113 **coup n'écoute pas vos conseils ?**

114 S : Non ce qui est difficile... (Interrompu par un appel téléphonique)

115 **A : Alors oui du coup on parlait de la prise en charge qui a été difficile donc le patient qui**
116 **a été amputé d'une jambe, qui est sorti puis qui est revenu avec la seconde jambe amputée.**
117 **Et du coup qu'est ce qui a été difficile pour vous justement ?**

118 S : Beh de le voir arriver de cette manière-là. Et de savoir qu'il aurait plus du tout une vie
119 normale surtout qu'à 67 balais il aurait plus qu'une jambe et qu'une prothèse et que ça allait être
120 difficile pour lui. Il a pas voulu changer de domicile parce que c'était le domicile où il a vu
121 naître ses enfants et grandir ses enfants il habitait au 2e étage quoi. Donc sa vie était foutue.

122 **A : D'accord donc là c'est qu'est ce qui a été le frein finalement dans cette... on va appeler**
123 **ça une alliance thérapeutique finalement , le fait qu'il...**

124 S : Beh c'était un patient qui était connu du service. Qui était fort sympathique avec qui on avait
125 lié... Parce que bon il reste quand même pas mal de temps en principe dans le service puisqu'ils
126 arrivent quasiment en post-op. Et c'était quelqu'un à qui... avec qui on avait tissé des liens. Et
127 bon il allait plus avoir de vie. C'était quelqu'un qui allait à la pêche, quelqu'un qui jouait à la
128 pétanque. Et du jour au lendemain il... c'était foutu pour lui quoi. Il aurait plus la vie qu'il avait
129 auparavant quoi.

130 **A : Et du coup quand il est revenu du coup avec les 2 jambes amputées, comment il se**
131 **sentait psychologiquement ?**

132 S : Il était replié sur lui-même.

133 **A : Replié sur lui-même. Là du coup le psychologue est intervenu ?**

134 S : Ouais, ouais, ouais. Mais bon il fait pas de miracle non plus quoi. Il fera pas revenir ses
135 jambes.

136 **A : Et justement oui par rapport... parce que là du coup ça un double deuil qui doit faire,**
137 **ses 2 jambes. Au niveau de la relation soignant-soigné, comment vous vous identifiez ?**
138 **Où est votre place ?**

139 S : Beh on garde notre place de soignants et puis après beh on essaie de parler de la pluie et du
140 beau temps quand on fait les pansements. Et on essaie de penser à autre chose quoi de toute
141 façon son image de soi elle est perturbée donc plus que perturbé. Donc c'est clair que il y en a
142 qui se réfugient dans la religion, il y en a... enfin tout le monde a ses... a ses ressources. Mais
143 là postopératoire les ressources il faut... et à 65 balais il faut les trouver quoi.

144 **A : Est-ce que les enfants sont intervenus peut-être ?**

145 S : Non, non j'ai pas souvenir de ça.

146 **A : D'accord. Donc c'était un patient peut être isolé à ce moment-là ?**

147 S : Non c'était quelqu'un de marié. Mais le problème c'est qu'il allait être isolé après par la suite.
148 Je sais que pour son retour il a eu un retour ambulancier qu'il a été porté et qu'il allait rester à
149 l'étage tout le temps parce que il avait pas... il avait des difficultés à utiliser sa prothèse quoi.
150 Parce qu'en fait ils font des protèges que de transfert, des fauteuils. Et les fauteuils selon l'âge
151 qu'il a, les prises en charge ne sont pas les mêmes. Et en fonction du gabarit et de l'autonomie
152 du patient soit on en met une soit on en met deux.

153 **A : Donc là c'est patient-dépendant. Ça dépend de la condition physique.**

154 S : Voilà. Et puis c'est ce que veut le patient aussi. Puis bon en fonction de plein de chose je
155 suppose des couvertures sociales et puis de ce que veut le patient.

156 **A : D'accord et du coup au niveau de la prise en charge au sein du service, l'amputation**
157 **entraîne du coup la perturbation de l'image corporelle. Le patient doit l'accepter.**
158 **Comment ça se passe d'une manière générale ? Donc, oui le patient fait appel à ses**
159 **ressources, son entourage, sa force de caractère comme vous l'avez dit du coup pour la**
160 **patiente dont vous m'avez parlé. Mais est-ce qu'il y a des ateliers des choses qui sont mises**
161 **en place au sein du service ?**

162 S : Alors au sein du service non. Parce qu'on s'occupe de tout ce qui est médical et chirurgical.
163 Après on a tellement... il y avait eu des projets à ce sujet. Mais on a tellement changé de cadre,

164 donc les choses n'ont pas pu se faire écrites noir sur blanc et instaurées. Je sais qu'il y avait un
165 groupe de travail qui se faisait mais qui a été laissé tomber. Et qui peut être reprendra par la
166 suite quand on changera à nouveau de cadre en septembre.

167 **A : D'accord. C'était un atelier qui aurait pu être organisé pour les patients pour en**
168 **discuter et cetera ?**

169 S : Oui il y avait ça, la prise la prise en charge du moignon, comment soigner son moignon,
170 comment soigner sa prothèse, enfin il y avait tout un tout un travail qui était élaboré là-dessus.

171 **A : Donc des groupes de paroles dédiés aux patients. Et c'est les infirmiers qui auraient**
172 **été...**

173 S : Infirmiers et aides-soignants qui souhaitaient y participer.

174 **A : D'accord donc c'est un projet sûrement...**

175 S : Beh c'est, c'était un projet qui avait été élaboré par notre précédente cadre qui est partie qui
176 a été remplacé. Et donc le projet n'a pas eu lieu. Et puis moi je me suis pas investi là-dedans
177 parce que je m'investis dans le tutorat. Je peux pas m'investir partout.

178 **A : D'accord mais du coup pour vous, vous trouvez que c'est une très bonne idée de mettre**
179 **en place des ateliers ?**

180 S : Oui et non.

181 **A : Pourquoi ?**

182 S : Beh parce que les patients sont... tout dépend de cette période de deuil et d'acceptation. Il y
183 a des patients qui sont capables d'entendre toute l'éducation qu'on va leur donner par rapport à
184 ça et puis il y a des patients qui sont pas près du tout quoi. Quand c'est post-traumatique chez
185 un jeune apparemment ça... ils acceptent mieux, ils avalent mieux les choses que quand c'est
186 quelque chose d'un diabète au long cours chez un patient tabagique à qui on lui a fait maintes
187 et maintes remontrances par rapport à ça. Alors je sais pas si le... la forme physique rentre en
188 jeu mais bon je trouve que c'est trop personnel. Chaque histoire, chaque histoire est trop
189 personnelle pour pouvoir faire un travail de groupe là-dessus. Alors ça soit un travail sur la
190 gestion de leur matériel peut-être. Mais après tout, tout ce qui a autour, tout, toute la psychologie
191 qu'il y a autour ces personne-dépendent.

192 **A : D'accord là ce qui serait le plus adapté c'est des consultations avec un psychologue à**
193 **la demande du patient finalement ?**

194 S : Voilà.

195 **A : Pas forcément autour d'une table avec plusieurs patients.**

196 S : Non. De toute façon après ils se mettent en contact les uns les autres dans les couloirs, dans
197 la bibliothèque et après on a pas mal de jeunes actuellement. Ils ont tous les soirs ils vont jouer
198 aux cartes donc ils se sentent pas seul au niveau de leur amputation. Voilà donc après je pense
199 qu'ils doivent se donner des trucs entre eux. Des trucs judicieux de manière beh il y a des
200 maillons forts il y a des maillons faibles. Ils s'aident mutuellement quoi.

201 **A : Et du coup bah je vais plutôt partir sur les patients qui sont amputés suite à une**
202 **pathologie chronique. Donc la rééducation, enfin le passage en service de rééducation du**
203 **coup est décisif dans l'acceptation de cette amputation...**

204 S : Ouais.

205 **A : ... et en l'occurrence ici donc on est ici, c'est un très beau centre ce que je découvre.**
206 **Est-ce que vous avez des, comment dire..., des particularités par rapport à d'autres**
207 **centres de rééducation ? Qu'est-ce que vous proposez du coup ? Il y a des espaces**
208 **communs, j'ai entendu bibliothèque vous m'avez ?**

209 S : Il y a une bibliothèque bon qui a été fermée pendant le COVID. Il y a une... dans la
210 bibliothèque c'est une salle télé aussi. Après bah ils ont quand même une terrasse fumeur, une
211 terrasse non-fumeurs. Ils ont la coiffeuse qui passe une fois par semaine. Ils ont un plateau
212 technique très élaborée ou après il y a la reprise voir s'ils sont aptes à la conduite ou pas. Il y a
213 un gros gros plateau technique avec beaucoup beaucoup de kinés.

214 **A : Une prise en charge pluridisciplinaire.**

215 S : Voilà. Donc du coup c'est sûr que bon après ça fait partie du centre hospitalier mais c'est
216 vrai que bon ils sont au bord de la plage.

217 **A : Là le fait d'être au bord de la plage c'est le cadre en fait. C'est voilà c'est le cadre qui**
218 **est fait pour peut-être motiver...**

219 S : Bah encore l'hiver ça va. Mais bon l'été quand on fait les pansements on retrouve du sable
220 dans les pansements. Voilà. Donc là... Après c'est eux qui voient hein mais bon c'est idylliques
221 des fois sans l'être pour eux parce que finalement ils ont des interdits, ils ont pas le droit d'aller
222 à la page, mais ils prennent le droit quand même. Enfin voilà après on leur dit qu'il risque
223 infectieux quoi mais bon. Après bon ils se rendent compte quand même que le site est quand
224 même est bien agréable quoi.

225 **A : Ils ont un accès direct à la plage ?**

226 S : Non, ils n'ont pas le droit de sortir de l'enceinte du CHU. Tout le parc, tout le parc ils y ont
227 droit.

228 **A : D'accord.**

229 S : Tout le parc est homologué de manière à ce qu'il puisse marcher même avec des prothèses
230 ou avec des fauteuils roulants donc ils peuvent aller dans tout le parc en fauteuil roulant.

231 **A : Par contre les visites extérieures sont contrôlées, ils peuvent-ils ne peuvent pas recevoir**
232 **de la visite sans que vous en soyez informé ?**

233 S : Bah là en période de covid oui c'est contrôlé. Mais sinon après ils reçoivent la visite qu'ils
234 veulent. En temps normal ils reçoivent la visites qu'ils veulent.

235 **A : Donc les visites ont repris ?**

236 S : Alors les visites ont repris depuis un peu plus de 48 h. C'est une visite par jour, une heure
237 de 14 à 18h.

238 **A : D'accord et est-ce que vous pensez que la période où les visites étaient interdites la**
239 **prise en charge bah du coup des patients en termes d'humeur tout ça, ça a été compliqué ?**

240 S : Ouais.

241 **A : Du coup justement dans le processus de deuil, de l'amputation et cetera...**

242 S : Beh c'est des patients qui avaient déjà, qui étaient déjà là auparavant, avant, avant l'arrêt des
243 visites. Donc ils ont été en colère du fait de plus recevoir de visite quoi. Mais ça s'est
244 relativement bien passé.

245 **A : D'accord vous avez réussi quand même de bien gérer.**

246 S : Bon après moi je... enfin quand ils sont en colère je le laisser en colère. Ils ont le droit. Il y
247 a pas de soucis. Je me prends plus la tête comme quand j'avais 20 ans quoi.

248 **A : D'accord. Ça fait partie du deuil justement. Et bah du coup j'en ai terminé avec mes**
249 **questions est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Quelque chose de particulier que**
250 **vous souhaitez me faire savoir ?**

251 S : Non.

252 **A : Bon, c'est terminé du coup merci de m'avoir reçu.**

253 S : Beh avec plaisir on l'a toutes passé ce TFE.

254 **A : Oui. Merci beaucoup.**

Annexe IV : Demande et autorisations des entretiens

De : Aziza B <[redacted]@gmail.com>
Envoyé : vendredi 21 janvier 2022 09:02
À : SECRETARIAT.DS <[redacted]@ch[redacted].fr>
Objet : [MAIL EXTERNE] Demande d'autorisation de réalisation d'entretiens dans le cadre du mémoire de fin d'études en IFSI

A l'attention de

Bonjour,

Je suis étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Avignon.

Je sollicite votre autorisation afin de réaliser un recueil de données qui me permettra de mener à bien mon travail de fin d'études dont le thème est l'amputation.

Dans le cadre de ce dernier, je souhaite réaliser des entretiens semi-directifs afin de recueillir des témoignages auprès de soignants travaillant au sein de services accueillant des patients amputés (3 infirmiers exerçant au sein du service de chirurgie vasculaire ainsi que 3 infirmiers exerçant au sein du service de rééducation et de réadaptation).

Pour cela j'ai réalisé un guide d'entretien qui me permettra de mener à bien ce dernier.

Veuillez trouver en pièce jointe le guide qui a été validé par mon Directeur de Mémoire M. [redacted] D. [redacted]. J'envisage d'enregistrer l'entretien sous format audio.

Dans l'attente de votre réponse, je vous souhaite une bonne journée.

Cordialement,

Aziza Boudchar



Aziza B <@gmail.com>

Demande d'autorisation de réalisation d'entretiens dans le cadre du mémoire de fin d'études en IFSI - Mme BOUDCHAR Aziza

SECRETARIAT.DS <secretariat.ds@ch...fr>
À : " @gmail.com" < @gmail.com>
Cc : < @ch...fr>

28 janvier 2022 à 11:06

Bonjour,

J'ai bien reçu votre demande d'autorisation de réaliser des entretiens auprès des professionnels de notre établissement dans le cadre de votre mémoire de fin d'étude.

Je suis en mesure de répondre favorablement à votre demande.

Il vous appartient de prendre contact avec :

- Madame , Cadre de santé du service de chirurgie vasculaire au 04. ou par mail
@ch .fr
- Madame , Cadre de santé du service de rééducation et de réadaptation au 04 ou par
mail @ch .fr

Je vous prie de croire, Madame, à l'expression de mes salutations distinguées.

Vous en souhaitant bonne réception.

Bien cordialement,

Le secrétariat

P/O

Cadre Supérieur de santé

Direction Coordination Générale des Soins

CH

Tel



Aziza B <@gmail.com>

Demande de rdv entretien dans le cadre du mémoire de fin d'études en IFSI

A : Aziza B <@gmail.com> @ch .fr>

31 janvier 2022 à 10:36

Bonjour

En effet, nous prenons en charge des patients pour des amputations. Je lance l'information à l'équipe IDE et je reviens vers vous pour convenir de RDV;

Cordialement

CDS Chirurgie vasculaire et thoracique

Demande de rdv entretien dans le cadre du mémoire de fin d'études en IFSI

À : Aziza B < @gmail.com > @ch .fr >

4 février 2022 à 09:24

Bonjour Mme Boudchar,

Je reviens vers vous rapidement pour prévoir votre venue pour vos entretiens.

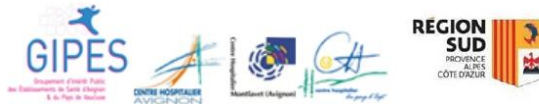
Cdt,

F/F Cadre de santé

Service de Rééducation-Réadaptation Locomoteur (RRL) - UF

Site di

Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Aziza BOUDCHAR

Promotion : 2019-2022

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

L'annonce d'une amputation : le rôle infirmier

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 09/05/2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a vertical line at the bottom.

L'annonce d'une amputation : le rôle infirmier

L'amputation touche chaque année près d'un million de personnes diabétiques en France. J'ai vécu deux situations lors de mon stage au sein d'un service de chirurgie qui m'ont interpellées quant à la difficulté d'annoncer une amputation à un patient. Je me suis rendu compte de l'impact de l'annonce auprès du patient. Je me suis alors posé la question suivante : En quoi la relation soignant-soigné contribue au processus d'acceptation de l'annonce d'une amputation et de la modification de l'image corporelle du patient ? J'ai décidé pour ce travail de fin d'études d'orienter mes lectures et mes recherches en rapport avec l'annonce d'un diagnostic, la modification de l'image corporelle et la relation soignant-soigné. J'ai mené une enquête par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de six infirmières, dont trois au sein d'un service de chirurgie thoracique et vasculaire et trois au sein d'un service de rééducation. Leurs discours étaient quasiment identiques en ce qui concerne la procédure d'annonce du diagnostic, la question de la formation ainsi que la place du soignant au sein de la prise en charge du patient. Au regard des éléments trouvés, j'orienterai la recherche vers le rôle des soins relationnels dans la prise en charge du patient avant et après son amputation.

Mots-clés : Annonce diagnostic – amputation – modification image corporelle – relation soignant-soigné

Nombres de mots : 204

Announcing an amputation : the nursing role

Amputation affects nearly one million people with diabetes every year in France. I experienced two situations during my internship in a surgical department that challenged me about the difficulty of announcing an amputation to a patient. I realized the impact such an announcement could have on the patient. I asked myself the following question: How does the relationship between the carer and the patient contribute to the acceptance process of the announcement of an amputation and the modification of the patient's body image? I decided for this end of course assignment, to focus my readings and my research on the announcement of a diagnosis, the modification of body image and the relationship between the carer and the patient. I conducted a field study through semi-structured interviews with six nurses, three of whom were in a thoracic and vascular surgery department and three in a rehabilitation department. Their answers were almost similar in terms of procedure for announcing the diagnosis, the question of training and the place of the caregiver in the management of the patient. In view of the elements found, I will direct the research towards the role of relational care in the support to the patient before and after his amputation.

Keywords : Diagnosis announcement – amputation – body image modification – relationship between the carer and the patient

Number of words : 203